

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO - CSE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS - CNM

TABAGISMO: UM PROBLEMA À SAÚDE ECONÔMICA
DA SOCIEDADE

FERNANDA NADIR SILVANO

FLORIANÓPOLIS (SC), JULHO DE 2012

FERNANDA NADIR SILVANO

**TABAGISMO: UM PROBLEMA À SAÚDE ECONÔMICA
DA SOCIEDADE**

Monografia submetida ao curso de Economia e
Relações Internacionais da Universidade Federal de
Santa Catarina, como requisito obrigatório para a
obtenção do grau de Bacharelado.

Orientador: _____

Profº Dr. Valdir Alvim da Silva

Florianópolis (SC), Julho de 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS

A Banca Examinadora resolveu atribuir a nota 9,0 (nove) à aluna **FERNANDA NADIR SILVANO** na disciplina CNM 5420 – Monografia, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de Bacharelado em Ciências Econômicas.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Valdir Alvim da Silva
Orientador – CNM/CSE/UFSC

Prof. Dr. Silvio Antonio Ferraz Cário
Membro 1 – CNM/CSE/UFSC

Dr^a Senen Dyba Hauff
Membro 2 – CEPON/SMS

AGRADECIMENTOS

Agradeço pela oportunidade de cursar uma Universidade e por toda a experiência proporcionada pelo ambiente acadêmico. Aos professores por compartilharem conhecimento e experiência ao longo destes anos, especialmente ao professor Sílvio Antonio Ferraz Cário pelo carinho e por todos os ensinamentos passados. A minha mãe e meu pai, pela educação e sabedoria que fizeram diferença na minha vida. A minha família por estar presente em todos os momentos, apoiando e acreditando no meu sucesso. Ao professor Valdir Alvim da Silva pela orientação exemplar e amizade que ao longo desta jornada se tornou sincera e fundamental para que o estudo se concretizasse. A Dra Senen Dyba Hauff, médica Oncologista responsável pelo registro de câncer no CEPON e uma das responsáveis pelo Tabagismo dentro da Atenção Primária, na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis - Gerência de Tecnologia por despertar em mim o interesse sobre o assunto Tabagismo. A todos os meus amigos que sempre estiveram ao meu lado. Em especial agradeço ao Flavio, meu esposo, por toda sua contribuição, pelo apoio e principalmente pelo carinho e pela paciência demonstrada ao longo deste trabalho.

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.

José de Alencar

RESUMO

SILVANO, Fernanda Nadir. **Tabagismo: um problema à saúde econômica da sociedade.** Florianópolis, 2012. 87f. Monografia (Graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico.

Esta pesquisa realizada nesta monografia objetiva demonstrar as causas e as consequências do Tabagismo para uma parcela da sociedade brasileira que cultiva e produz o fumo, e outra de dependente do vício do tabaco. O ponto de partida da exposição procura explicitar as características gerais da produção e do consumo mundiais. Busca-se na sequência dar ênfase aos aspectos e variáveis históricas do desenvolvimento do setor produtor e o consumo de fumo no Brasil. Além disso, analisou-se os dados referentes aos gastos orçamentários com os aspectos da Saúde Pública relacionados à epidemia do Tabagismo e doenças relacionadas. Destaca-se as políticas de combate a esta epidemia realizada pelas instituições públicas, dada a importância e o papel dos órgãos de governo na defesa do bem-estar-social da população brasileira. Visto que o estado de Santa Catarina detém papel de destaque neste setor por ser o segundo maior produtor de tabaco no país, destaca-se a relevância da sua cadeia produtiva fumageira, produção e mercados consumidores e de exportação. Para finalizar, realizou-se um estudo de caso de tratamento do tabagismo em pacientes dependentes do tabaco em uma unidade do SUS no município de Florianópolis, na região da Praia da Armação do Pântano do Sul, cujos resultados corroboram as pesquisas realizadas no âmbito nacional.

Palavras-chave: Indústria Fumageira; Políticas Públicas; Gastos Públicos; Sistema Único de Saúde; Tabagismo; Epidemia; Câncer;

ABSTRACT

SILVANO, Fernanda Nadir. **Tabagismo: um problema à saúde econômica da sociedade.** Florianópolis, 2012. 88f. Monografia (Graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico.

This study aims at describing the causes and consequences of tabagisms in relation both to people engaged in the production of tobacco as well as to the portion of the Brazilian society characterized as tobacco-dependent. As a starting point, it will be explained the main characteristics of worldwide tobacco production and consumption. In the following, emphasis will be given to historical aspects and variables concerning the progress of both this production sector and the tobacco consumption in Brazil. Furthermore, data referring to Public Health budgeted costs referring to the tobacco epidemic and related diseases will be analyzed. The fighting-policies carried by public institutions against this epidemic and the role of governmental organs as defenders of Brazilian society's wellbeing will be highlighted. Since Santa Catarina plays a prominent role in this sector as the second in the country's production rank, its tobacco production chain, the production, local consuming market, and exportation markets will also be highlighted. Finally, a case-study among tobacco-dependent patients enrolled in a SUS (Brazilian Public Healthcare System) in the locality of Praia da Armação do Pantano do Sul, in the city of Florianópolis, was carried, with findings corroborate those of the Brazilian academic production.

Keywords: Tobacco Industry; Public Policies; Public Spending; Sistema Único de Saúde; Tabagism; Epidemic; Cancer.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Principais clientes do fumo brasileiro no mundo 2009	32
Figura 2. Cadeia Produtiva do Tabaco.....	52
Figura 3. Concentração da Produção Catarinense por microrregião 2008/2009	54
Figura 4. Presença Nacional da atuação da Souza Cruz 2010	61
Figura 5. Souza Cruz: evolução do valor de mercado e Ibovespa 2008/2010.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Consumo Mundial de Cigarros por países 2008/2010.....	29
Quadro 2. Valor dos impostos sobre cigarros no Brasil 2008/2009/2010.....	31
Quadro 3. Fumicultura Regional Brasileira: Safra 2010/11	33
Quadro 4. Exportações Brasileiras de tabaco: frente ao valor do câmbio 1990/2010.....	33
Quadro 5. Exportações Brasileiras: toneladas de folhas, cigarros e cigarrilhas 1990/2010.....	34
Quadro 6. Exportações Brasileiras: valor das folhas, cigarros e cigarrilhas 1990/2010	35
Quadro 7. Florianópolis: demanda do atendimento ao Tabagismo em 2011	72
Quadro 8. Florianópolis: Indicadores de atendimento em 2011.....	72
Quadro 9. Gastos com o consumo de cigarros – várias marcas 2010	80

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Fumicultura Mundial: Produção de Tabaco 2000/2010	25
Gráfico 2. Fumicultura Mundial: consumo e estoque 2000/2010	26
Gráfico 3. Países Produtores: Tabaco Crú Safra 2009/2010	27
Gráfico 4. Países Produtores: Tabaco processado Safra 2009/2010.....	27
Gráfico 5. Fumicultura Mundial: Consumo, Estoque, Exportação e Importação – Safra 2009/10	28
Gráfico 6. Prevalência de fumante atual: por sexo 2006/2011	36
Gráfico 7. Prevalência de fumantes: 20 ou mais cigarros/dia por sexo 2006/2011	37
Gráfico 8. Indicadores de tabagismo: segundo sexo 2011	37
Gráfico 9. Indicadores de tabagismo: grau de escolaridade 2011	38
Gráfico 10. Adultos fumantes: participação das capitais brasileiras e Distrito Federal - 2011	39
Gráfico 11. Souza Cruz: participação no mercado e volume de vendas 2006/2010	63
Gráfico 12. Souza Cruz: evolução da receita líquida de vendas 2010	64
Gráfico 13. Souza Cruz: evolução dos tributos sobre vendas	65
Gráfico 14. Souza Cruz: Lucro Operacional e Líquido do exercício 2006/2010	65
Gráfico 15. Souza Cruz: volume de negociações 2005/2010.....	67
Gráfico 16. Percentual de adultos fumantes em Florianópolis 2006-2011.....	74
Gráfico 17. Incidência de mortalidade em Santa Catarina 1999/2009	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Tabaco Brasileiro: faturamento e distribuição da renda do setor 2009/2010.....	30
Tabela 2. Casos totais e atribuíveis ao tabagismo: doenças selecionadas ambos os sexos Brasil 2008....	44
Tabela 3. Casos totais e atribuíveis ao tabagismo: doenças selecionadas sexo masculino Brasil 2008....	45
Tabela 4. Casos totais e atribuíveis ao tabagismo: doenças selecionadas sexo feminino Brasil 2008.....	46
Tabela 5. Óbitos totais e atribuíveis ao tabagismo: grupos de doenças Brasil 2008.....	47
Tabela 6. Óbitos totais e atribuíveis ao tabagismo: doenças selecionadas ambos os sexos Brasil 2008...	47
Tabela 7. Anos de vida não fumantes, ex-fumantes e fumantes: por sexo Brasil 2008	48
Tabela 8. Custos totais e atribuíveis ao tabagismo: grupo de doenças ambos os sexos Brasil 2011	49
Tabela 9. Custos totais e atribuíveis ao tabagismo: grupo de doenças sexo masculino Brasil 2011.....	49
Tabela 10. Custos totais do tabagismo: sexo feminino Brasil 2011.....	50
Tabela 11. Fumicultura na Região Sul do Brasil 1980/2011	53
Tabela 12. Comparativo das safras: Santa Catarina Safras 2001/02 a 2009/10.....	55
Tabela 13. Comparativo das safras de Santa Catarina – 2005/06-2008/09.....	56
Tabela 14. Preço médio recebido: produtores no Brasil - Safras 2000/01-2009/10.....	57
Tabela 15. Preço médio recebido: produtores na Região Sul - Safras 2000/01-2009/10.....	58
Tabela 16. Exportações Brasileiras e Catarinenses – 2001/10.....	59
Tabela 17. Exportações por países de destino – Santa Catarina - 2007/10.....	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTbr – Aliança de Controle do Tabagismo (Brasil)
ABIFUMO – Associação Brasileira da Indústria do Fumo
AFUBRA – Associação dos Fumicultores do Brasil
APVP – Anos Ponteciais de Vida Perdidos
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CEPA – Centro de Socioeconomia e Planejamento Agrícola
CEPON – Centro de Pesquisas Oncológicas
CQCT – Convenção Quadro para o Controle do Tabaco
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DESER – Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DVC – Doenças Cardiovasculares
EPAGRI – Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA – Instituto Nacional do Câncer
ITGA – Associação Internacional dos Produtores de Tabaco
MDIC – Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior
OMS – Organização Mundial da Saúde
PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis
PIB – Produto Interno Bruto
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SECEX – Serviços de Comércio Exterior
SUS – Sistema Único de Saúde
TE – Tabaco de Estufa
TG – Tabaco de Galpão
VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE FIGURAS	8
LISTA DE QUADROS	9
LISTA DE GRÁFICOS	10
LISTA DE TABELAS	11
CAPITULO I. TABAGISMO: UM PROBLEMA SOCIOECONÔMICO.....	15
1. O PROBLEMA.....	15
1.1. INTRODUÇÃO	15
1.2. FORMULAÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	16
1.3. OBJETIVOS	18
1.3.1. OBJETIVO GERAL	18
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
1.4. METODOLOGIA	19
CAPITULO II. O SETOR FUMAGEIRO BRASILEIRO	21
2.1. ASPECTOS HISTÓRICOS – ORIGEM E INSERÇÃO NO BRASIL	21
2.2. PANORAMA MUNDIAL – DA PRODUÇÃO AO CONSUMO.....	24
2.3. FATURAMENTO DO SETOR DE TABACO NO BRASIL	30
2.4. INDICADORES DE MONITORAMENTO DO TABAGISMO NO BRASIL	35
CAPITULO III. GASTOS COM O TRATAMENTO DO TABAGISMO	40
3.1. OS PROBLEMAS SOCIOECONÔMICOS RELACIONADOS COM O TABAGISMO.....	40
3.2. OS GASTOS COM A SAÚDE: EFEITOS NEGATIVOS PARA A ECONOMIA BRASILEIRA.....	41
3.3. RESULTADOS DOS CASOS INCIDENTES DAS DOENÇAS TABACO-RELACIONADAS	43
3.4. RESULTADOS DOS ÓBITOS ATRIBUÍVEIS AO TABAGISMO	46
3.5. RESULTADOS DAS EXPECTATIVAS DE VIDA E CUSTOS ATRIBUÍVEIS AO TABAGISMO.....	48
CAPITULO IV. O SETOR FUMAGEIRO CATARINENSE	51
4.1. A IMPORTÂNCIA DO SETOR FUMAGEIRO DA REGIÃO SUL DO BRASIL.....	51
4.2. CADEIA PRODUTIVA DO FUMO EM SANTA CATARINA	54
4.3. SOUZA CRUZ: INDÚSTRIA ESTRATÉGICA SUBSIDIÁRIA DA BRITISH AMERICAN TOBACCO .	61
4.4. DEMONSTRATIVOS FINANCEIROS DA SOUZA CRUZ	63
4.5. SOUZA CRUZ NO MERCADO DE CAPITAIS DESDE 1946.....	66

CAPITULO V. POLÍTICAS PÚBLICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	68
5.1. O ESTADO: ELEVAÇÃO NAS RECEITAS DO GOVERNO COM O CONSUMO DO TABACO	68
5.2. POLÍTICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SUCESSO DA POLÍTICA ANTITABACO	69
5.3. O SUS E O PLANO DE ABORDAGEM E TRATAMENTO DO FUMANTE	71
5.4. O PROGRAMA DE ABORDAGEM E TRATAMENTO DO FUMANTE EM FLORIANÓPOLIS	71
5.5. ESTUDO DE CASO: CENTRO DE SAÚDE DA ARMAÇÃO DO PÂNTANO DO SUL 2010	75
5.5.1. QUESTÕES DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL: HISTÓRICO TABAGISTA DE DEZ PACIENTES.	76
5.5.2. TESTE DE FEGERSTRÖM: GRAU DE DEPENDÊNCIA DO USUÁRIO DE CIGARRO	80
5.6. RESULTADO FINAL DO ESTUDO DE CASO E DO PROGRAMA	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS.....	85
REFERÊNCIAS.....	86

CAPITULO I. TABAGISMO: UM PROBLEMA SOCIOECONÔMICO

1. O PROBLEMA

1.1. Introdução

O tabagismo é o ato de consumir tabaco, ou a intoxicação causada pelo seu uso, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o tabagismo é a maior causa evitável de doenças, invalidez e mortes prematuras de pessoas dependentes do fumo em todo o mundo, além de ser considerada uma doença social, mundial, com efeitos ecológicos e econômicos, que afetam a saúde coletiva e individual dos cidadãos. As estimativas da OMS calculadas a partir dos anos 1990 apontavam que um em cada dois fumantes viriam a morrer devido ao consumo do tabaco. Neste caso os fumantes que morressem entre os 35 e os 69 anos perderiam entre 20 a 25 anos de vida e os que morressem depois dos 70 anos perderiam em média 8 anos de vida relativamente aos não fumantes (OMS, 2000).

Esta situação geral será abordada nesta pesquisa a partir da investigação realizada sobre o tabagismo como problema socioeconômico e político. O plano de descrição será tratado sob dois pontos de vista.

O primeiro aborda os elementos relacionados com a produção global, nacional e local do setor fumageiro, revelando as questões dos fumicultores e a cadeia produtiva do fumo ao qual eles estão inseridos. Destaca-se a situação do estado de Santa Catarina que é o segundo maior produtor de tabaco do Brasil, ficando atrás apenas do Rio Grande do Sul.

O segundo ponto observa os gastos públicos, a partir das políticas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde. Neste ponto se descreve os diversos problemas relacionados com o consumo de cigarros por milhões de pessoas, todos os dias, e que afetam todo um sistema de saúde do país. Segundo estudos realizados no Brasil, tendo como referência o ano de 2011, os gastos públicos e privados com o tabagismo e as doenças-relacionadas, chegaram ao montante de aproximadamente R\$ 21 bilhões, ou seja, isto representa aproximadamente um terço do orçamento geral do SUS.

Assim, verificamos que o tabagismo consome gastos gigantescos que poderiam ser priorizados e investidos em outras áreas da saúde, e mais do que um problema de saúde pública, o tabagismo se tornou um grande problema de ordem econômica.

Para finalizar, realizou-se um estudo de caso sobre a realidade do tabagismo através do Programa de Tratamento do Fumante com pacientes do Centro de Saúde da Armação do município de Florianópolis, no ano de 2010.

1.2. Formulação da Situação-Problema

O propósito de estudar o tabagismo consiste em precisar o entendimento do quanto os gastos requeridos para resolução dos seus efeitos maléficos afetam economicamente todo o sistema. Apresentar e discutir os gastos com as políticas públicas do Sistema Único de Saúde e o volume da receita advinda dos gastos com os produtos do setor fumageiro, denota o esforço do papel do Estado brasileiro em evitar ampliar seus gastos. Isto significa, atuar desde as campanhas publicitárias com imagens nos maços de cigarros, além de ampliar o acesso ao tratamento dos fumantes nas áreas da saúde, ou criando novas leis que proíbem o consumo de cigarros em ambientes fechados, e combater as propagandas do setor que visam hoje em dia, nitidamente, atrair adolescente e mulheres.

A partir de levantamentos realizados, foi possível problematizar a eficiência ou não destas políticas e constatar como a economia do Estado poderia beneficiar outras áreas de interesse público com a distribuição destes gastos para outros setores.

Enfim, é um tema amplo, polêmico e importante para se fazer a discussão. Sua relevância tem aumentado muito nos acontecimentos dos dias atuais, não só sob o ponto de vista dos gastos da área da saúde, mas também porque ao longo da cadeia produtiva do tabaco há fatores que afetam o meio ambiente e toda a sociedade, quando do uso de agrotóxicos; do adoecimento dos fumicultores; dos desmatamentos; incêndios; resíduos urbanos e marinhos; entre outros. Tais fatores afetam diretamente a área econômica privada que, se por um lado lucra muito e ganha com o aumento do consumo, por outro, perde a economia do setor público com a ampliação dos gastos despendidos para o tratamento da dependência dos usuários, grande parte pacientes do SUS, além de gastar mais recursos em campanhas para prevenção e conscientização da população.

Sabe-se hoje que o uso do tabaco traz graves consequências para a saúde, provoca forte dependência nos usuários, polui o ambiente e produz custos sociais elevados.

Basta manter um cigarro aceso para poluir o ambiente. A fumaça do cigarro contém mais de 4.700 substâncias tóxicas, incluindo arsênio, amônia, monóxido de carbono, substâncias cancerígenas, além de corantes e agrotóxicos em altas concentrações. Nos países em desenvolvimento, o desmatamento devido ao plantio e à secagem das folhas do tabaco corresponde a 5% do total. Para cada 300 cigarros produzidos, uma árvore é sacrificada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Sabe-se também que a prevenção do tabagismo resulta positivamente quando realizada de modo planejado e com esforços praticados pelo poder do Estado, juntamente com a sociedade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o tabagismo é responsável por aproximadamente 5,4 milhões de óbitos anuais. Até 2030, esses números experimentarão um crescimento significativo de 48%, passando para 8 milhões de óbitos, dos quais 80% ocorrerão em países em desenvolvimento. No Brasil, as estimativas são de aproximadamente 200 mil mortes ao ano. O tabagismo gera uma carga econômica substantiva para as sociedades, caracterizada pelos custos da assistência médica e da perda de produtividade devido à morbidade e à morte prematura (PINTO, 2012).

O tabagismo nas últimas décadas tornou-se um problema social grave, devido aos diversos problemas gerados à saúde, somados aos custos econômicos com os tratamentos.

A indústria tabagista investe pesado em propagandas no mundo inteiro, tendo como alvos nas últimas décadas, principalmente, mulheres e adolescentes. Por outro lado, enquanto o mundo discute formas de aumentar impostos para frear de algum modo a indústria do tabaco, aqui deste lado temos a contradição do Estado brasileiro que usa seu poder para isentar estas mesmas indústrias. O tabagismo, ao mesmo tempo que é lucrativo, é controverso:

o grande número de tabagistas no mundo tem como corolário, de um lado, um alto índice de mortes e doenças, e, de outro, o movimento financeiro das empresas fumageiras e dos governos. Os dados comprovam que o setor fumageiro é bastante lucrativo, rendendo altos tributos aos cofres do governo. No Brasil, aproximadamente 74% do preço do cigarro destina-se a impostos estatais, gera renda no meio rural, emprega trabalhadores em suas fábricas e movimenta o setor de serviços. (SILVA, 2003:113)

O Brasil é o maior exportador de fumo do mundo e tem grande importância no cenário mundial. O setor fumageiro, por outro lado, presta importante contribuição social envolvendo

mais de 2,5 milhões de pessoas no processo, ou seja, muitas famílias dependem do fumo para sobreviver; e isso ameniza o desemprego, umas das grandes preocupações mundiais.

Segundo dados da Associação dos Fumicultores do Brasil (AFUBRA), a safra de 2009/2010, totalizou 2,52 milhões de empregos (diretos e indiretos), sendo que deste total, 41,7 % estão inseridos diretamente na lavoura.

O estado de Santa Catarina é um dos principais produtores de fumo do país, estando atualmente, em segundo lugar, com um total de 283.100 toneladas na safra de 2003/2004 (JÚNIOR, 2008).

Devido à relevância do estado na produção do fumo, aponta-se como necessário um estudo aprofundado sobre a sua cadeia produtiva em geral, além de verificar os gastos do Estado com saúde pública, ocasionados pelas doenças relacionadas ao consumo do tabaco e que poderiam ser revertidos para outros setores sociais, como na Educação, por exemplo.

Sendo assim, para chegar à conclusão de que vale muito mais a pena prevenir do que tratar o fumante torna-se essencial que a sociedade tome conhecimento de quanto e como se gasta recursos públicos em cada um desses processos.

Portanto, torna-se também necessário o incentivo para a mudança de ramo dos produtores de fumo, pois diminuindo a oferta e aumentando os custos, se eleva o valor do produto final, forçando assim o consumidor a diminuir o seu consumo e consequentemente os gastos despendidos pelo Estado.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo Geral

Analisar a produção e o consumo do tabaco em seus resultados socioeconômicos, e as políticas de combate ao tabagismo no âmbito do Sistema Único de Saúde, de acordo com as características das doenças tabaco-relacionadas e seus tratamentos.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Descrever a situação do tabagismo no Brasil, sua história, gênese, produção e consumo;
2. Analisar as variáveis relacionadas aos custos com a Saúde no Brasil em virtude do consumo do tabaco e as características das doenças tabaco-relacionadas;
3. Descrever a cadeia produtiva do fumo em Santa Catarina e seus principais produtores;
4. Examinar e discutir as políticas públicas implantadas pelo Sistema Único de Saúde no combate ao tabagismo, demonstrando os resultados obtidos com pacientes do Centro de Saúde da Armação do município de Florianópolis através do Programa de Tratamento do Fumante;

1.4. Metodologia

A presente pesquisa possui caráter analítico-descritiva, isto porque, busca esclarecer o funcionamento do setor fumageiro, especialmente em Santa Catarina, analisando dados sobre a cadeia produtiva do fumo e sua importância no contexto nacional e mundial. Como forma de enriquecer o estudo, analisou-se informações retiradas de leis, informativos do DESER, resoluções e convenções relacionadas ao Tabagismo, vídeos realizados pela TV Escola (série Tabagismo). Além disso, os dados também foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica em livros, revistas, jornais, periódicos, além de teses de conclusão de curso, mestrado e doutorado, a fim de dar suporte e sustentação ao plano de investigação no desenvolvimento da pesquisa.

Para que os objetivos específicos desta pesquisa fossem alcançados, foram utilizados as bases de dados institucionais disponibilizados nos sites do Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra), Aliança para o Controle do Tabagismo (ACTbr), Souza Cruz (Indústria Fumageira), Ministério do Desenvolvimento da Indústria e Comércio (MDIC) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

Além deste primeiro capítulo constituindo os aspectos metodológicos da pesquisa, o primeiro objetivo específico será descrito a partir do capítulo II, e contará aspectos da história

do surgimento do tabagismo no Brasil presente no livro de Sérgio Luis Boeira intitulado “Atrás da Cortina de Fumaça”, onde o autor faz uma descrição sucinta e relevante sobre os aspectos históricos, além de estudo sobre o tabagismo em diversos campos, desde a relação com meio ambiente até a Indústria Fumageira. Ainda nesse capítulo, será apresentado, tendo como base bibliográfica os dados da pesquisa VIGITEL do Ministério da Saúde, alguns dados do perfil da população brasileira referentes ao tabagismo, como o consumo de cigarros por dia, número de fumantes, feminino e masculino, índice de fumantes nas capitais brasileiras, entre outros.

O segundo objetivo é desenvolvido no capítulo III, que trata dos gastos devido ao tabagismo acometidos ao Brasil, no setor privado e no Sistema Único de Saúde. A bibliografia nessa área é escassa e será demonstrada através do estudo realizado pela economista Márcia Teixeira Pinto, do Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com a Aliança de Controle do Tabagismo no Brasil (ACTbr) publicado no dia 31/05/2012, dia mundial de combate ao tabagismo. O estudo intitulado “Carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil” analisa dados dos custos atribuíveis ao tabagismo em 2008, tendo como base para o cálculo do custo, o ano de 2011. O público alvo da pesquisa foi a população de adultos, de ambos os sexos e acima de 35 anos.

O terceiro objetivo será desenvolvido no capítulo IV, que trata da cadeia produtiva do fumo em Santa Catarina. O estudo foi feito de acordo com a Síntese Anual da Agricultura, escrita pela economista Márcia J.F. da Cunha Varaschin, publicada pelo Centro de Socioeconomia e Planejamento Agrícola (CEPA), órgão de responsabilidade da Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina (Epagri/SC). Este capítulo contém ainda estudo sobre a empresa Souza Cruz em Santa Catarina, utilizando as informações da própria empresa através de seu Relatório Anual, caracterizando a atuação da empresa no estado de Santa Catarina.

O quarto e último objetivo será apresentado no capítulo V, que descreve as políticas públicas e o papel do Sistema Único de Saúde no combate ou diminuição do tabagismo, partindo das publicações que foram obtidas através do site do Ministério da Saúde. Ainda nesse último capítulo, será apresentado o estudo de caso realizado com base em entrevistas feitas aos pacientes que participaram do Grupo de Tratamento ao Fumante no Centro de Saúde da Armação, município de Florianópolis, bem como os resultados alcançados ao término deste grupo.

CAPITULO II. O SETOR FUMAGEIRO BRASILEIRO

2.1. Aspectos Históricos – origem e inserção no Brasil

Para dar início ao estudo sobre o tabagismo e sua importância na cadeia produtiva do fumo no Brasil e, especificamente em Santa Catarina, importante sabermos que há duas hipóteses sobre a origem do fumo na visão dos historiadores sobre o tema: uma afirma que o fumo é originário das Américas e outra diz que ele surgiu na Ásia; no entanto, a versão mais aceita pela Associação Brasileira da Indústria do Fumo (Abifumo) e pela Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra) é a primeira, que se baseia principalmente na pesquisa do historiador Jean-Baptiste Nardi, onde classifica a origem do fumo como uma planta nativa do continente americano.

O fumo era conhecido pela maior parte das tribos indígenas, as quais faziam dele um uso essencialmente mágico-religioso e medicinal. Fumavam-no principalmente em charutos fabricados com folhas de milho ou outras (América Central ou Meridional) ou em cachimbos (América do Norte), mas era ainda mascado, bebido ou pitado. No Brasil, era particularmente importante na civilização dos tupi-guaranis, sobretudo dos grupos que viviam pelas costas e até o cultivava. (NARDI, 1996:23, citado por BOEIRA, 2002:38)

Em sua pesquisa, Nardi complementa apontando que “a planta nasceu provavelmente nos vales orientais dos Andes bolivianos e se difundiu no atual território brasileiro através das migrações indígenas, sobretudo Tupi-Guarani” (NARDI, 1996, citado por BOEIRA, 2002: 39).

Para Boeira, o fator social foi o principal propagador do fumo e foi dividido em dois momentos: a) hedonista - que considera ser o prazer a finalidade da vida, e b) ornamental e medicinal – que serve de ornamento/decoração ou remédio. Já o aspecto comercial foi apenas uma consequência do aspecto social.

Na visão da Organização Mundial da Saúde (OMS), numa obra intitulada “Tabaquismo y salud em las Américas”, muitos exploradores, naquela época, constataavam que o tabaco gerava vício. Perceberam também que, em pequenas doses, o tabaco servia como estimulante, supressor da fome e da sede, bem como analgésico. E foram ainda mais longe ao constatar os fins sociais que o consumo do tabaco proporcionava na consolidação das

amizades, estímulo às negociações, danças, conselhos de guerra e fortalecimento dos guerreiros (BOEIRA, 2002).

Em sua obra, Nardi ainda sustenta que havia um paralelismo entre os princípios da cultura de subsistência e os da lavoura de fumo no Brasil, ou seja, o tabaco era cultivado nos quintais das casas, juntamente com cenouras, berinjelas, pepinos, abóboras, etc. Para ele, a associação entre produtos alimentícios e fumo sempre existiu no Brasil.

Plantar fumo não requer muitos esforços econômicos, por isso o cultivo ser tão difundido no país e ser atrativo para tantas famílias. “Ao contrário do açúcar, o fumo não requer capital inicial, qualquer um pode cultivá-lo com facilidade. Mas, na medida em que a demanda cresce, sobretudo a partir de 1560, o cultivo passa do quintal para a roça rapidamente” (BOEIRA, 2002: 45).

Na análise histórica de Nardi citado por Boeira, a história do comércio de fumo no período colonial brasileiro pode ser dividida em seis fases, que serão descritas a seguir:

a) Fase preliminar (1571-1674): conhecimento e estabelecimento das estruturas básicas da produção e do comércio. Surgimento dos primeiros impostos, determinando-se o monopólio do Estado em 1674.

b) Fase 2 (1675-1698) – perturbações: restrição da produção imposta pelo monopólio do Estado, o que provoca uma crise de 24 anos no comércio. Nesta fase dá-se início as exportações para a África.

c) Fase 3 (1699-1727) – expansão e estagnação relativa: progresso contínuo, principalmente em função das exportações para a Costa da Mina, onde o tabaco é trocado por escravos. O total exportado chega a 170 mil arrobas, depois de atingir um pico de 244 mil.

d) Fase 4 (1728-1774) – estagnação prolongada: neste período as exportações ficam em torno de 260 mil arrobas (65% para Portugal e 35% para a África). Isto ocorre em decorrência da fiscalização e a concorrência com as exportações de fumo anglo-americano, entre outros fatores.

e) Fase 5 (1775-1807) – arrancada: importante progresso do comércio devido à decadência do sistema colonial e de suas restrições estatais, à independência dos EUA e às condições do tráfico na África. Em 1799, as exportações chegam a um volume de 616 mil arrobas.

f) Última fase (1808-1830): esta é definida como uma nova arrancada eufórica que se seguiu à abertura dos portos. Em sua tese, Nardi calcula que entre 1676 e 1820 a exportação de fumo para a África permitiu importar para a Bahia 465.514 escravos por um valor cinco vezes superior ao do fumo exportado. Em decorrência deste fato, o autor faz uma estimativa que 25% dos escravos introduzidos durante o século XVIII no Brasil foram trocados por fumo com a África (NARDI, 1996, citado por BOEIRA, 2002).

Segundo Boeira, enquanto a produção de fumo no Brasil no século XIX se caracterizava pela desconcentração, apesar do predomínio da Bahia, no século XX a crescente concentração na região sul é a característica mais relevante. “E é no Rio Grande do Sul, com a colonização alemã, que nasce o núcleo que viria a ser no fim do século XX ‘a capital mundial do fumo’ – Santa Cruz do Sul” (BOEIRA, 2002: 67).

Entretanto, nas duas últimas fases do comércio de tabaco no Brasil, alguns fatores foram decisivos para estimular a produção regionalmente desconcentrada: o declínio do escravismo, o fim do monopólio de Portugal e a abertura dos portos às exportações para vários países. Consequentemente, a imigração substituiu o escravismo como fonte de mão-de-obra, no intuito de suprimir o sistema escravista e viabilizar o desenvolvimento de um mercado consumidor.

Alguns fatores são levados em consideração quando o autor afirma que foi graças a colonização alemã que Santa Cruz do Sul se tornaria a capital mundial do fumo. No século XIX a Alemanha passava por profundas transformações estruturais, entre as quais: desagregação do sistema feudal, um êxodo rural em direção à América que foi aumentando em virtude do gradual desaparecimento da média propriedade em benefício da pequena e da grande. Não obstante, depois de 1880, a 2ª Revolução Industrial se intensifica e, com isso, artesãos e trabalhadores desempregados se somam aos camponeses na busca de novas terras. (BOEIRA, 2002)

Como se verifica nas citações apresentadas, a necessidade e a evolução estrutural da época levaram ao aumento gradativo da produção, onde existiam médias propriedades produtivas surgiram às grandes, bem como a industrialização.

A prática do consumo do tabaco tornou-se uma cultura difundida pelos índios entre os mais variados aspectos; ela se propagou durante as gerações e, entre tantas outras culturas trazidas e deixadas na história do povo brasileiro; permanece até hoje com suas peculiaridades; porém com características muito semelhantes aos dos índios tupi-guaranis.

Inicialmente a produção de tabaco no Brasil ocupou áreas reduzidas e concentradas entre Salvador e Recife, no Recôncavo Baiano. Na primeira metade do século XVII, durante a ocupação holandesa em Pernambuco, o tabaco produzido naquela Capitania ocupou papel importante na carteira comercial de produtos oferecidos pela Companhia das Índias Ocidentais.

Todavia, no final do século XVII, o governo no intuito de regulamentar o comércio do fumo, criou legislações para controle das cargas transportadas, devido às vastas extensões do território e à diversidade de áreas produtivas.

Assim, devido a esta regulamentação surgiram órgãos especiais para controle do tabaco, tendo como exemplo a Mesa de Inspeção do Tabaco. A partir desta data, a legislação enfim se estabilizou e vigorou até depois da Independência (SOUZA CRUZ, 2012).

Com o fim do controle de Portugal sobre o Brasil, o período colonial foi um importante período para avanço das lavouras de fumo, tornando-se possível cultivar a planta em qualquer lugar independente do controle estatal.

Ainda, surgiram possibilidades de comércio direto com países estrangeiros, o que representou um grande incentivo. Após 1850, as províncias que se destacaram na produção e comércio do fumo foram Minas Gerais, Bahia, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Em 1917 foi instalada, na cidade de Santa Cruz do Sul – RS, a empresa Brazilian Tobacco Corporation. O empreendimento partiu da empresa britânica British American Tobacco, e foi o passo inicial para a transformação da cidade em um polo nacional da indústria fumageira. Em 1920, a empresa passa a se chamar Companhia Brasileira de Fumo em Folha e em 1955 é adquirida pela Souza Cruz (SOUZA CRUZ, 2012).

Com o passar dos anos o Brasil se destacou de forma relevante no cenário mundial em relação à produção e exportação do fumo, tornando-se um grande arrecadador de impostos em ambos os setores.

2.2. Panorama Mundial – da Produção ao Consumo

O panorama mundial da produção de tabaco mostra que a produção entre os países vem se mantendo constante a partir de 2000, com discretas oscilações. No que compete ao

consumo, os dados evidenciam que ele vem decrescendo principalmente a partir de 2005, caindo de 6.325.130 toneladas para 5.674.540 toneladas em 2010.

A indústria de cigarros produz no mundo cerca de 5,5 trilhões de cigarros por ano. O maior mercado é a China, que corresponde a 40% do volume vendido. O Brasil é o maior mercado latino-americano de cigarros e, embora sua população represente 34% da região, seu consumo de cigarros corresponde a 42% do total vendido na América Latina. (SOUZA CRUZ, 2012:7)

De acordo com o gráfico 1 constata-se que a produção do tabaco, tanto crú como processado, teve bastante oscilação, entretanto, com variações praticamente iguais nos dois seguimentos, de aproximadamente 3,1% .

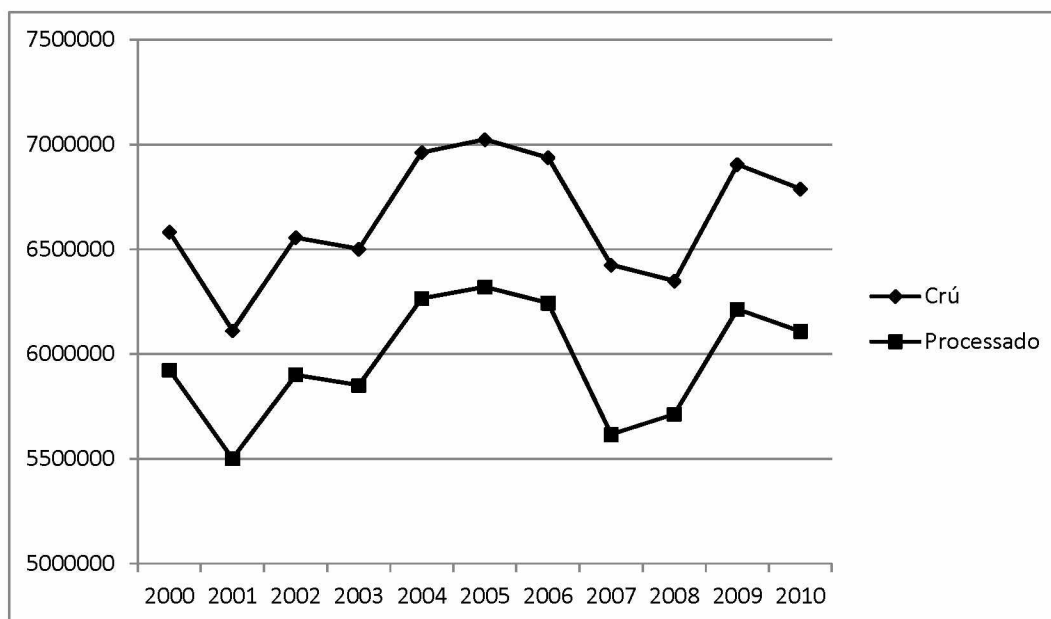


Gráfico 1. Fumicultura Mundial: Produção de Tabaco 2000/2010 (em Ton)

Fonte: ITGA / Afubra, 2012

Elaboração: Autora

Ao analisar o gráfico 2, quanto ao consumo, verificamos uma queda de aproximadamente 10,9% do ano de 2000 a 2010. Todavia, no que se refere ao estoque, verificamos uma variação maior, com quedas e recuperações, entretanto, com um percentual médio de 14,4% de queda ao longo da década. Tais dados se fazem importantes e relevantes, pois durante o estudo será apontado o porque do consumo decrescer de forma contínua após 2005.

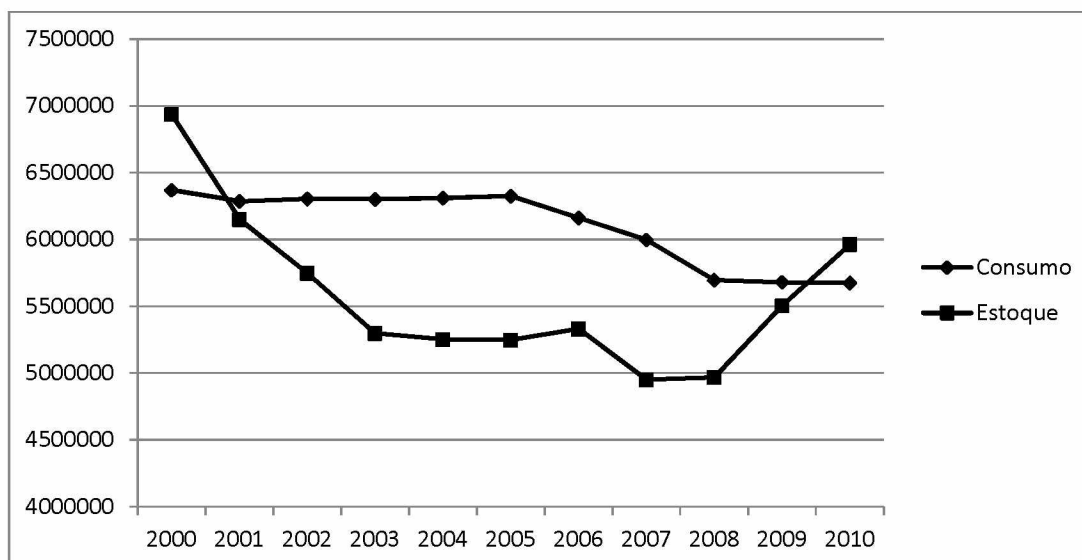


Gráfico 2. Fumicultura Mundial: consumo e estoque 2000/2010 (em Ton)

Fonte: ITGA / Afubra, 2012

Elaboração: Autora

Uma série de fatores podem atestar as oscilações do consumo e do estoque observados nas estatísticas dos países produtores de tabaco cru e processado.

Assim, observa-se estes fatores no âmbito da aplicação de políticas públicas realizadas pelo governo, seja no tratamento do fumante, consumidor do tabaco já processado, seja nas políticas de prevenção elaboradas pelos órgãos responsáveis, ou no aumento de impostos sobre o cigarro, e principalmente, na criação de leis restringindo o consumo do tabaco em diversos ambientes.

Em relação à produção, segundo dados verificados, o Brasil é o terceiro maior produtor de tabaco do mundo, com um percentual de 10,7% do total mundial, ficando apenas atrás da China com 34,7% e da Índia com 11,30%.

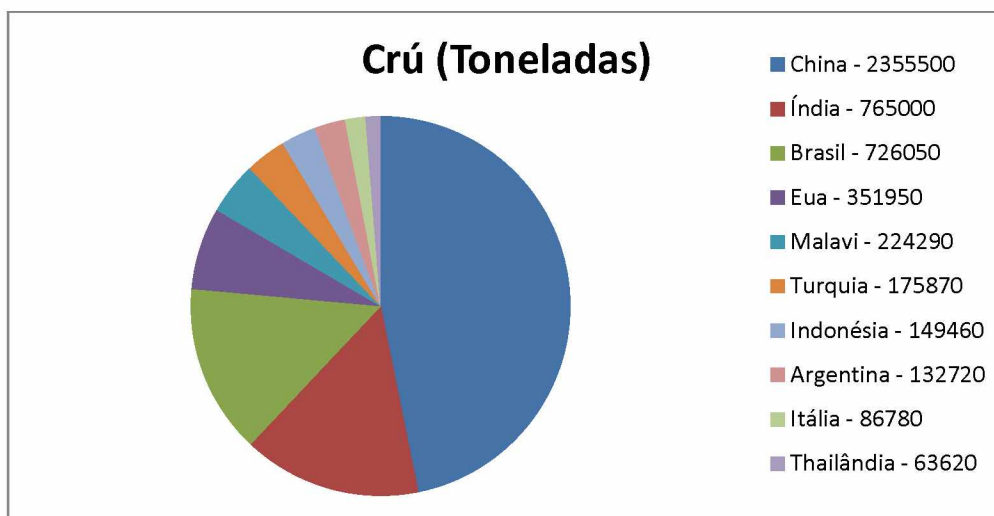


Gráfico 3. Países Produtores: Tabaco Crú Safra 2009/2010

Fonte: ITGA / Afubra, 2012

Elaboração: Autora

Como podemos verificar no gráfico 4, a produção do fumo processado no Brasil está em torno de 653.450 toneladas, todavia, 505.620 toneladas são destinadas a exportação, e apenas 96.970 toneladas são consumidas no mercado interno, sendo importado ainda 9.350 toneladas.

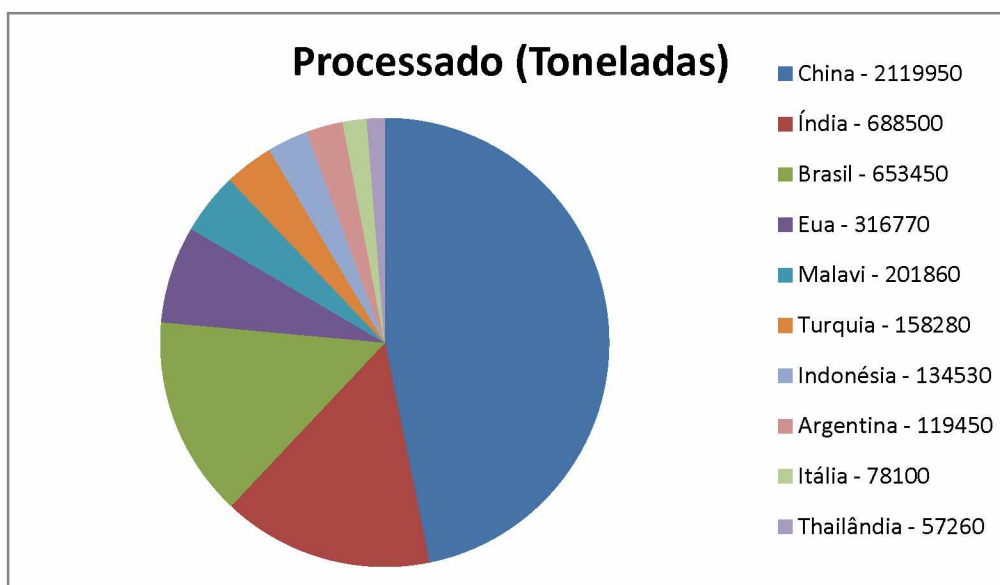


Gráfico 4. Países Produtores: Tabaco processado Safra 2009/2010

Fonte: ITGA / Afubra, 2012

Elaboração: Autora

O Brasil é o maior exportador de tabaco do mundo, com um total de 22,6% da exportação mundial, o que só aumenta a importância do país no contexto deste setor, conforme se pode observar no gráfico 5.

Desta forma, se constata que a produção interna tem como objetivo primordial a exportação, e totaliza um percentual de consumo interno da produção de apenas 14,83 % do total nacional produzido.

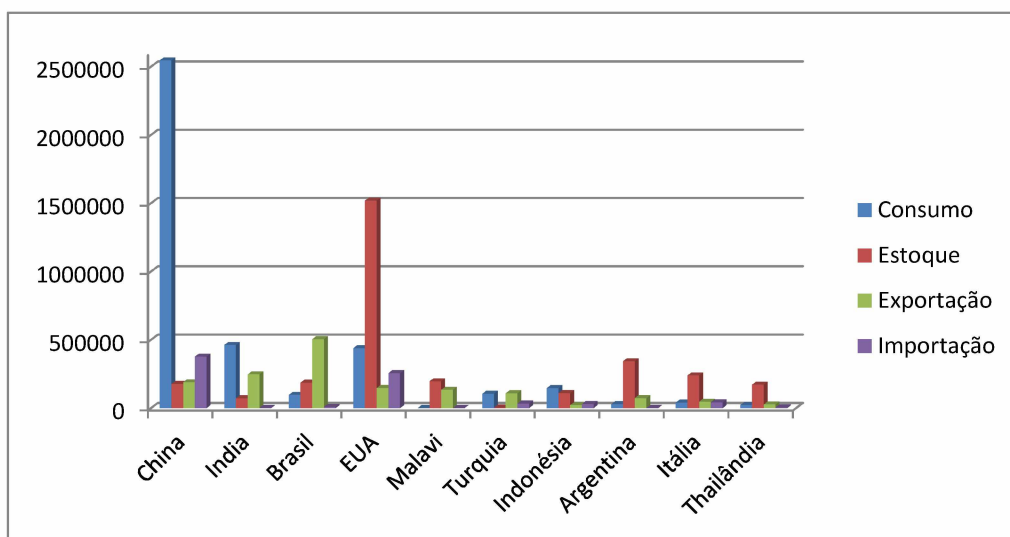


Gráfico 5. Fumicultura Mundial: Consumo, Estoque, Exportação e Importação – Safra 2009/10 (em Ton)

Fonte: ITGA / Afubra, 2012

Elaboração: Autora

Assim sendo, fica claro e evidente que o mercado interno não tem como absorver a produção total do setor fumageiro, bem como não seria este o interesse das empresas no momento da produção, que visam à exportação para outros países.

Já em relação ao consumo do tabaco mundial, segundo os dados da ITGA/Afubra, existe uma tendência diminutiva do consumo do tabaco a nível mundial, não expressiva, mas muito importante em termos de preservação de saúde e vidas, conforme o quadro 1 apresentado logo abaixo. Como um dos principais países na luta contra o tabaco verificamos a posição da Turquia, que do ano de 2010 teve uma redução de 9,3% do consumo do tabaco interno.

No mesmo sentido, e na busca pelo combate ao tabaco, vemos o Brasil, que em 2009 teve uma redução importante de 8,1% no consumo de cigarros. Já no ano seguinte de 2010 houve uma redução bem menor e não menos importante, no importe de 0,4%.

País		Bilhões de Unidades			Variação %	Variação %
		2008	2009	2010	2008/2009	2009/2010
1	China	2.741,270	2.744,010	2.546,760	0,1	-7,1
2	Índia	461,810	462,270	462,730	0,1	0,1
3	EUA	438,210	438,640	439,080	0,1	0,1
4	Indonésia	146,770	146,910	147,060	0,1	0,1
5	Japão	140,960	141,090	141,230	0,09	0,1
6	Turquia	116,370	116,480	105,600	0,09	-9,3
7	Brasil	105,900	97,300	96,970	-8,1	-0,4
8	Itália	40,690	40,730	40,770	0,1	0,1
9	Argentina	29,710	29,740	29,770	0,1	0,1
10	Tailândia	22,860	22,880	22,900	0,08	0,08
93	Outros	1.449,910	1.440,170	1.641,670	-0,7	14,0
103	TOTAL	5.694,460	5.680,220	5.674,540	-0,25	- 0,1

Quadro 1. Consumo Mundial de Cigarros por países 2008/2010

Fonte: Afubra, 2012

Elaboração: Autora

Já a China, também registrou uma queda de 7,1%, todavia, continua sendo o país com maior consumo de cigarros do mundo, consumindo cinco vezes mais que o segundo colocado, a Índia; não obstante, andando na contramão do combate ao tabagismo vemos os demais países, que, especialmente no ano de 2010, tiveram um aumento considerável no consumo.

2.3. Faturamento do Setor de Tabaco no Brasil

Segundo informações da Afubra, a elevada taxaço imposta ao cigarro brasileiro, fez com que a indústria recolhesse em 2010, mais de 9,3 bilhões de reais ao Tesouro. Cabe salientar que este valor não engloba outras obrigações fiscais como Previdência Social, Imposto de renda, CPMF, nem as taxas estaduais e municipais.

Sobre o tema apresenta-se a Tabela 1 com dados da Afubra sobre o faturamento do setor fumageiro no Brasil nos anos de 2009/2010.

Tabela 1. Tabaco Brasileiro: faturamento e distribui  o da renda do setor 2009/2010

2009				2010		
Especifica��o	R\$	Tonelada	%	R\$	Tonelada	%
Consumo Dom��stico	11.043.813.900,00	97.300	13,0	11.888.948.800,00	96.970	16,0
Exporta��o	5.900.764.000,00	674.730	87,0	5.103.870.000,00	505.620	84,0
TOTAL	16.944.577.900,00	772.030	100,0	16.992.818.800,00	602.590	100,0
Distribui��o da renda bruta	(R\$)	(%)		(R\$)	(%)	
Tributos/ Governo	8.433.977.100,00	49,8		9.361.214.730,00	55,1	
Ind��stria	3.020.03.530,00	17,8		2.067.393.900,00	12,2	
Produtor	4.557.367.000,00	26,9		4.559.594.000,00	26,8	
Varejista	933.202.270,00	5,5		1.004.616.170,00	5,9	
TOTAL	16.944.577.900,00	100		16.992.818.800,00	100,0	

Fonte: Afubra, 2012

Elabora  o: Autora

De acordo com a composi  o dos indicadores apresentados podemos constatar que o consumo doméstico reduziu, bem como as exportações, demonstrando uma tendência de que com o passar dos anos as políticas preventivas e de combate ao fumo tem surtido efeito.

Observa-se também, que mesmo com a redução da produção e do consumo, os impostos arrecadados foram maiores em 5,3%, ou seja, a política de combate ao fumo pode representar também um aumento do nível das alíquotas de impostos e tributação do fumo.

Ressalta-se ainda, que de acordo com os números apresentados, verifica-se que também houve aumento de preços ao consumidor, pois, mesmo com a queda da produção e aumento dos tributos, o faturamento se elevou.

A indústria, segundo o quadro 2, foi a mais prejudicada, tendo uma perda de mais de um bilhão de reais nos seus lucros.

Todavia, o produtor e o vendedor (varejista) mantiveram-se no mesmo patamar de receita, tendo ainda um pequeno acréscimo no seu quinhão.

	2008		2009		2010	
Especificação	R\$	%	R\$	%	R\$	%
IPI	3.731.373.660,00	31,71	3.815.060.500,00	35,54	4.224.951.070,00	35,54
ICM Indústria	2.942.151.150,00	25,00	2.760.953.480,00	25,00	2.972.237.200,00	25,00
ICM Varejo	248.317.560,00	2,11	232.499.570,00	2,11	250.856.820,00	2,11
Selo Controle	706.116.280,00	6,00	662.628.830,00	6,00	713.336.930,00	6,00
Cofins	557.831.860,00	4,74	591.716.920,00	6,00	713.336.930,00	6,00
PIS	311.044.220,00	2,64	371.117.800,00	4,09	486.495.780,00	4,09
Tributos Totais	8.496.834.730,00	72,20	8.433.977.100,00	78,74	9.361.214.730,00	78,74
Indústria	1.646.616.940,00	13,99	1.046.353.230,00	7,12	846.503.300,00	7,12
Varejo	994.447.090,00	8,45	933.202.270,00	8,45	1.004.616.170,00	8,45
Fumicultor	630.705.840,00	5,36	630.281.300,00	5,69	676.616.170,00	5,69
TOTAL GERAL	11.768.604.600,00	100,00	11.043.813.900,00	100,00	11.888.948.800,00	100,00
Cons. Maços	5.295.110.000		4.864.956.000		4.848.353.000	
R\$/maço	2,223		2,270		2,452	

Quadro 2. Valor dos impostos sobre cigarros no Brasil 2008/2009/2010

Fonte: Receita Federal/Afubra, 2012

Elaboração: Autora

A partir dos dados do quadro 2, observa-se que os impostos vêm somando aumentos consecutivos. De 2009 a 2010, o aumento foi de 7,65% no montante. A arrecadação total em 2010 ficou em torno de R\$ 11,8 bilhões.

Segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a inflação em abril de 2012 subiu 0,64% e teve o cigarro como grande vilão; somente os preços de cigarros aumentaram em 15,04% dado o reajuste imposto pelo governo que passou a vigorar a partir de 6 de abril do ano corrente. Com isto, o cigarro ficou mais caro para o consumidor e, conseqüentemente, a partir deste aumento, a tendência é que o consumo tenha queda, visto que atinge a classe mais pobre do país, que, por sua vez, são os que mais consomem. Como visto, o Brasil é um dos principais exportadores de fumo do mundo, segundo se pode observar na figura 1 apresentada pelo SindiTabaco em 2009.

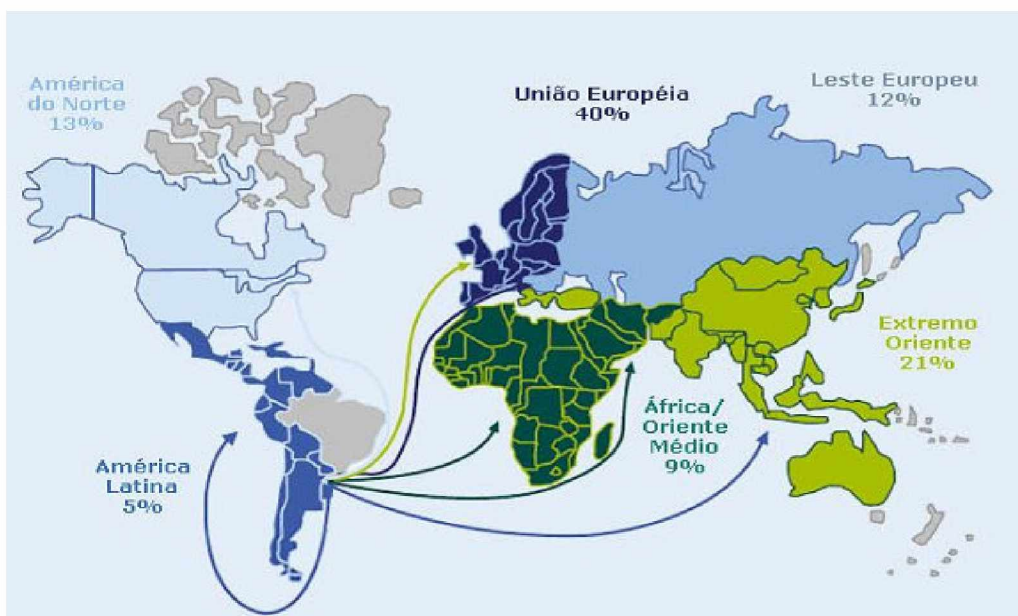


Figura 1. Principais clientes do fumo brasileiro no mundo 2009

Fonte: SindiTabaco, 2009

Como consumidores do fumo Brasileiro exportado, verificamos a União Européia, com a absorção de 40% exportação da produção total, seguida pelo Extremo Oriente com 21%, América do Norte com 13%, Leste Europeu com 12%, África e Oriente Médio com 9% e por fim América Latina com 5%. No que diz respeito à proporção da fumicultura regional brasileira, a região nordeste do país tem uma participação de 4,0% na produção nacional de tabaco, não obstante, vemos a predominância da região sul que é responsável por mais de

90% do total produzido no país; o fumo produzido nesta região destina-se à fabricação de cigarros para o mercado interno e externo e à exportação do fumo em folhas. (SILVA, 2003)

Região	Famílias Produtoras	Hectares plantados	Produção total	Valor R\$
SUL	186.810	372.930	832.830	4.105.851.900
NORDESTE	37.020	34.150	34.380	141.989.400
TOTAL	223.830	407.080	867.210	4.247.841.300

Quadro 3. Fumicultura Regional Brasileira: Safra 2010/11

Fonte: Afubra, 2012

Elaboração: Autora

No caso das exportações de folhas de tabaco, bem como de cigarros e cigarrilhas, analisando o quadro 4, constata-se que a partir de 2003, elas vêm aumentando gradativamente até chegar em 2010, frente ao valor do câmbio.

Ano	Folhas Tabaco	VAR (%/ano)	Cigarros, Cigarrilhas/ Charuto	VAR (%/ano)	Talos	Média(*)	Câmbio R\$/US\$
1990	3,533	-	12,667	-	0,444	3,008	75,668
1995	3,817	8,0	6,346	- 50,0	0,494	3,663	0,923
2000	2,827	- 26,0	7,224	13,8	0,714	2,384	1,835
2001	2,685	- 5,0	5,906	-18,2	0,548	2,128	2,353
2002	2,627	- 2,1	5,753	- 2,6	0,549	2,125	2,998
2003	2,791	6,2	5,748	-0,9	0,603	2,283	3,060
2004	2,951	5,8	5,262	-8,5	0,429	2,405	2,916
2005	3,405	15,4	5,739	9,1	0,421	2,710	2,386
2006	3,898	14,5	5,479	-4,5	0,474	3,013	2,173
2007	3,960	1,6	6,313	15,2	0,480	3,186	1,908
2008	5,114	29,1	7,332	16,2	0,495	3,979	1,831
2009	5,563	8,8	7,546	2,9	0,600	4,514	1,934
2010	6.603	18,7	9.952	31,9	0,741	5,463	1,754

Quadro 4. Exportações Brasileiras de tabaco: frente ao valor do câmbio 1990/2010

(*) valores em US\$/Kg

Fonte: SECEX, 2012

Elaboração: Autora

Todavia, mesmo com a variação do câmbio, como observamos no ano de 2003, quando este atingiu seu valor máximo de US\$ 3,060, estando em 2010 no importe de US\$ 1,754, constata-se que em média as exportações subiram, diferindo-se do que foi verificado em estudos anteriores que apontam a diminuição do consumo.

Em se tratando das exportações brasileiras em quilos, de 1990 até 2007, houve uma oscilação, chegando a atingir, aproximadamente, 700,0 milhões de quilos. Ao passo que, nos anos seguintes, devido fatores externos e internos citados anteriormente, verificamos queda aproximada de 30% nas exportações dos mesmos.

Ano	Tabaco em folhas	Cigarros Cigarrilhas/ Charutos (*)	Talos	TOTAL (ton)	%
1990	156.030	30	32.100	188.160	
1995	193.190	63.430	63.080	319.700	70,0
2000	276.310	850	75.860	353.020	10,5
2001	326.770	530	116.550	443.850	25,8
2002	355.680	1.660	117.130	474.470	6,9
2003	360.570	2.620	114.360	477.550	0,7
2004	457.600	3.630	131.620	592.850	24,2
2005	478.050	2.830	148.750	629.630	6,2
2006	425.460	3.900	152.020	581.380	-7,7
2007	543.390	5.240	161.520	710.150	22,2
2008	516.200	3.710	171.700	691.610	-2,7
2009	529.470	1.960	143.300	674.730	-2,5
2010	406.620	420	98,580	505.620	-25

Quadro 5. Exportações Brasileiras: toneladas de folhas, cigarros e cigarrilhas 1990/2010

(*) 1 kg = mil unidades = 50 maços

Fonte: SECEX, 2012

Elaboração: Autora

No que se refere às exportações brasileiras em dólar, podemos verificar que a partir de 2002 houve crescimento até o ano de 2009, todavia, no ano de 2010, verificamos uma queda de aproximadamente 10%, tendo como principal motivo a crise externa mundial.

Desta forma, verifica-se que os valores auferidos em 2010 totalizaram a importância de US\$ 2,76 bilhões, abaixo do valor alcançado em 2009, de US\$ 3,05 bilhões.

Ano	Tabaco em folhas	Cigarros Cigarrilhas/ Charutos	Talos	TOTAL (*)	VAR (% ano)
1990	551.280	380	14.240	565.900	-
1995	737.420	402.530	31.150	1.171.100	107,0
2000	781.150	6.140	54.180	841.470	-28,2
2001	781.150	6.140	54.180	841.470	0,0
2002	877.290	3.130	63.900	944.320	12,2
2003	934.350	9.550	64.270	1.008.170	6,8
2004	1.006.190	15.060	69.010	1.050.260	4,2
2005	1.627.680	16.240	62.600	1.706.520	62,5
2006	1.658.250	21.440	72.040	1.751.730	2,7
2007	2.151.800	33.080	77.490	2.262.370	29,2
2008	2.639.770	27.200	85.060	2.752.030	21,7
2009	2.945.220	14.790	86.020	3.046.030	10,7
2010	2.684.980	4.180	73.090	2.762.250	-9,3

Quadro 6. Exportações Brasileiras: valor das folhas, cigarros e cigarrilhas 1990/2010

(*) Dólares US\$ x 1000

Fonte: SECEX, 2012

Elaboração: Autora

Como se vê, o quadro do tabagismo no mundo é muito poderoso e os desafios para o combate ao tabagismo no Brasil é considerado exemplo para muitos países.

No início de maio de 2012 entrou em vigor a Lei do Preço Mínimo para a Comercialização de cigarros, o que por sua vez, se tornou um vício caro para os fumantes.

Não bastasse a saúde, agora o bolso do consumidor sofre as consequências do preço alto do cigarro, que nas últimas semanas de abril tiveram um aumento de 25%, sendo que a marca mais barata no mercado custava R\$ 3,00 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

2.4. Indicadores de monitoramento do Tabagismo no Brasil

A VIGITEL é um Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico. Seus objetivos são:

medir a prevalência de fatores de risco e proteção para doenças não transmissíveis na população brasileira e subsidiar ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças.

A pesquisa é realizada anualmente e tem como público alvo a população adulta, maiores de 18 anos residentes em domicílios com telefone fixo nas capitais dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal. A seguir temos os resultados compatíveis com anos de 2006 até 2011, que são os dados mais atuais.

Outras medidas como a proibição das propagandas de tabaco e advertências nos maços de cigarros são campanhas que fizeram com que o número de fumantes diminuísse no país.

Os dados divulgados pelo Ministério da Saúde referentes ao tabagismo são bastante significativos, pois permite conhecer o perfil da população brasileira com suas tendências e resultados, em relação ao consumo de cigarros, diminuição do mesmo, além do número de fumantes entre homens e mulheres dentro das capitais brasileiras.

Os dados a seguir foram publicados no mês de abril de 2012 e são referentes à pesquisa realizada no ano de 2011. Na mesma divulgação, fez-se uma comparação a partir de dados do ano de 2006.

No gráfico 6, constata-se que a prevalência de fumantes em todo o Brasil ainda permanece na população masculina, com queda a partir de 2008 até 2010 e discreto aumento em 2011. Nas mulheres, o índice praticamente não sofreu alterações, evoluindo para uma discreta queda em 2011, de 1%.

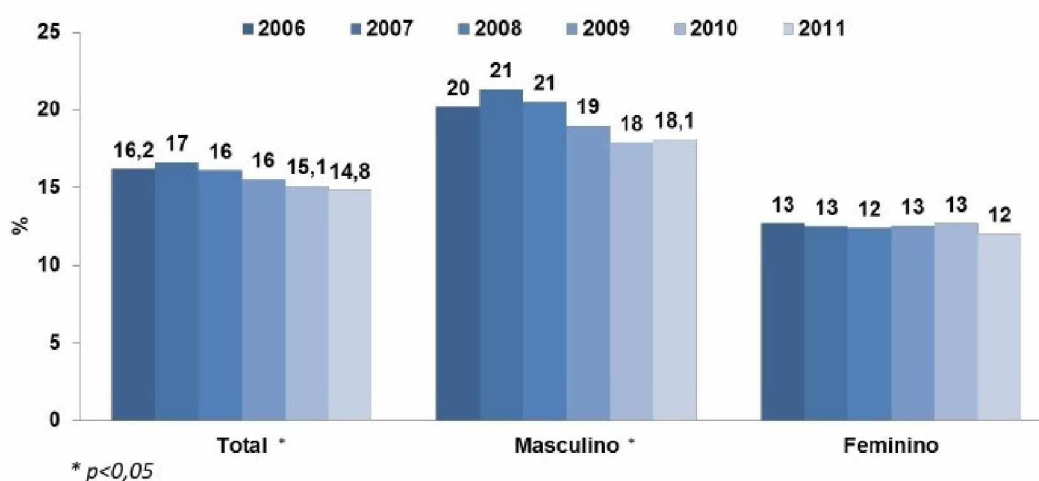


Gráfico 6. Prevalência de fumante atual: por sexo 2006/2011

Fonte: VIGITEL, 2011

No gráfico 7, nota-se que o consumo vem diminuindo de forma constante na população masculina, sofrendo queda desde 2007. Entre as mulheres o consumo também caiu em 2011, o que é visto como ponto positivo do ponto de vista das políticas públicas de saúde.

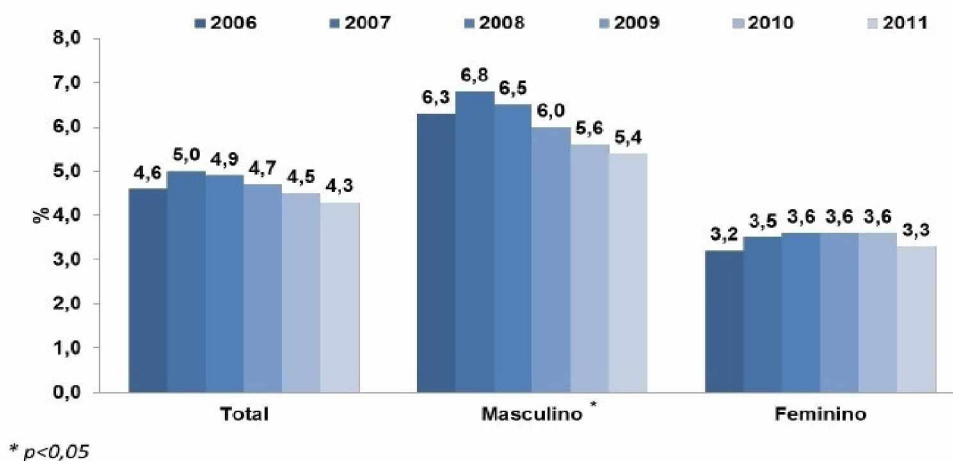


Gráfico 7. Prevalência de fumantes: 20 ou mais cigarros/dia por sexo 2006/2011

Fonte: VIGITEL, 2011

Nos dados demonstrados no gráfico 8, um fato positivo é que o número de ex-fumantes prevalece sobre os fumantes, tanto em mulheres como em homens.

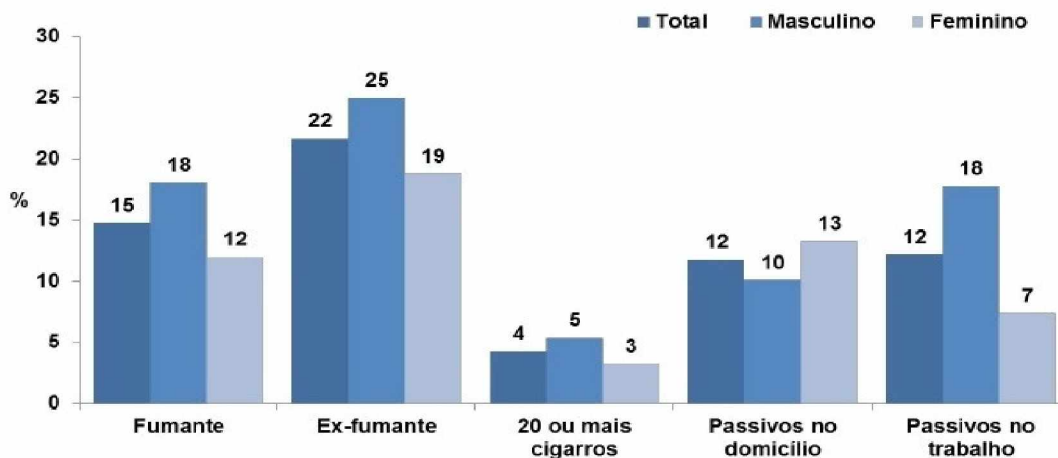


Gráfico 8. Indicadores de tabagismo: segundo sexo 2011

Fonte: VIGITEL, 2011

Outro dado que chama a atenção mostra que nos domicílios os homens fumam menos que as mulheres; já no trabalho, os dados se invertem e prevalecem os homens como os maiores fumantes. Isto pode ser explicado pelo fato de ser maior o número de homens no mercado de trabalho e as mulheres, mesmo conquistando cada vez mais espaço no mercado, ainda são muitas que trabalham em casa.

No que se refere à escolaridade, a pesquisa confirma que a maioria dos fumantes e ex-fumantes no Brasil, e este dado se aplica ao mundo também, possuem apenas o ensino fundamental e são os que mais fumam em quantidade (um maço de cigarros ou mais por dia). Os que possuem o ensino médio ou superior, praticamente se igualam nas estatísticas.

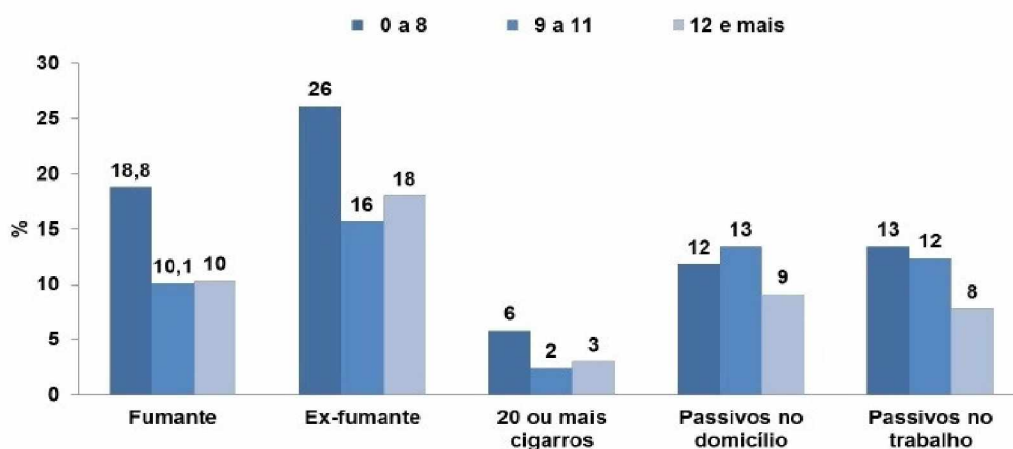


Gráfico 9. Indicadores de tabagismo: grau de escolaridade 2011

Fonte: VIGITEL, 2011

Dentre as capitais brasileiras que possuem mais adultos fumantes, vemos Porto Alegre (RS) com o maior percentual, 23% e em contrapartida, Maceió (AL) se destaca como a capital com predominância de menos fumantes adultos, 8%.

Florianópolis fechou o ano de 2011 com um total atingido na pesquisa de 14%, menor que o índice de 2010, que ficou em 17%.

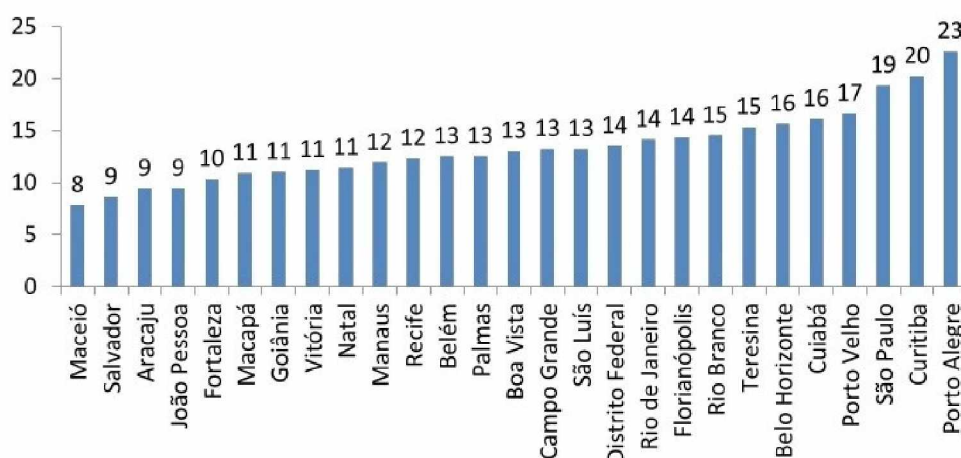


Gráfico 10. Adultos fumantes: participação das capitais brasileiras e Distrito Federal - 2011

Fonte: VIGITEL, 2011

É importante lembrar que a pesquisa é feita somente nas capitais e via telefone, ou seja, esses números podem estar distanciados da realidade e eles unicamente não servem como base realista da obtenção de dados, mas a partir deles, já têm-se uma ideia mais ampla de como o tabagismo está inserido nas capitais brasileiras.

De maneira genérica, ao longo dos anos, desde a aprovação pelo Brasil em 2005 da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) – que foi o primeiro tratado internacional de saúde pública, desenvolvido pela OMS entre 1999 e 2003, que envolveu mais de 192 países membros da OMS, a prevalência de fumantes caiu de 32% para 17% na população acima de 15 anos, de acordo com pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde e IBGE (DESER, 2011).

O tratado entrou em vigor em fevereiro de 2005 e o Brasil foi um dos líderes em seu processo de desenvolvimento. “Seu objetivo é proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco” (CQCT, 2008: 17). Considerada um marco histórico para a saúde pública global, a Convenção-Quadro traz, em seu texto, medidas para reduzir a epidemia do tabagismo em proporções mundiais, abordando temas como propaganda, publicidade e patrocínio, advertências, marketing, tabagismo passivo, tratamento de fumantes, comércio ilegal e impostos, etc.

CAPITULO III. GASTOS COM O TRATAMENTO DO TABAGISMO

O tabagismo é responsável pela incidência de mais de cinquenta tipos de doenças e por esse motivo causa grandes prejuízos para o sistema de saúde tanto na esfera pública, como na privada.

Estima-se que até o ano 2020, 70% das mortes provocadas pelo uso do tabaco ocorrerão em países em desenvolvimento. Consequentemente, esses países terão mais gastos em saúde além de custos com perda da produtividade. Em países pobres o orçamento para saúde é geralmente baixo e o atendimento ao paciente com câncer pode ter um custo para o qual não se tem verba e/ou que desvia as verbas já escassas para o atendimento básico de saúde (11ª. Conferência Mundial: Tabaco ou Saúde 2000).

3.1. Os problemas socioeconômicos relacionados com o tabagismo

Os problemas relacionados com o tabagismo causam grande impacto nas economias mundiais, principalmente em países subdesenvolvidos, que já lidam com vários outros problemas. Seja para tratar pacientes com as doenças provocadas pelo consumo do tabaco, ou para investir em prevenção e informação, o tabagismo se tornou um grande problema socioeconômico mundial.

Estimativas recentes indicam que os custos atribuíveis às doenças tabaco-relacionadas são responsáveis por perdas anuais de 500 bilhões de dólares por produtividade, adoecimento e mortes prematuras. Análises realizadas em vários países mostram que esses custos podem alcançar até 1,15% do Produto Interno Bruto (PIB) (TOBACCO ATLAS, 2009, citado por PINTO, 2012).

O Brasil é o 42º país que mais cobra impostos sobre a venda de cigarros, um total de 69,1%. Só para uma comparação, a Eslováquia, país que mais cobra impostos sobre o cigarro tem uma tributação de 93,6%. Em 2010, a arrecadação com a venda de cigarro no Brasil foi de R\$ 5.972 milhões (DESER, 2011).

Faz-se necessária uma reflexão sobre esta dicotomia: de um lado está a arrecadação bilionária com impostos, de outro os gastos volumosos com a saúde pública em Programas, internações, medicamentos, entre outros. Isso porque fumantes tendem a utilizar mais recursos de assistência à saúde ao longo de suas vidas. Embora não fumantes vivam mais e por isso utilizem os serviços com muito menos frequência, já que são mais saudáveis. De qualquer forma, independentemente dos detalhes fiscais envolvidos, o tabaco representa uma carga de gastos enormes na saúde pública, principalmente nos países menos desenvolvidos (WARNER, 2000).

3.2. Os gastos com a Saúde: efeitos negativos para a economia brasileira

A busca por dados relacionados aos gastos com a Saúde no Brasil e em Santa Catarina não foram fáceis, visto que há poucas bibliografias tratando deste assunto, entretanto, a partir do estudo realizado pela economista Márcia Teixeira Pinto é possível ver o quanto o tabagismo e as doenças a ele relacionadas causam impacto negativo na economia brasileira.

Em 2003 foi estimado um total de 24.222 óbitos associados ao consumo de derivados do tabaco em 16 capitais brasileiras. As quatro principais causas de morte foram: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença isquêmica do coração, câncer de pulmão e doenças cardiovasculares (DVC). No mesmo ano, o tabagismo foi responsável por 279.990 Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) em homens e 139.945 em mulheres, e as DCV foram a principal causa da APVP (CORREA, 2009, citado por PINTO, 2012).

Para se ter uma ideia da magnitude e importância da saúde no Brasil, dos R\$ 2,225 trilhões do Orçamento da União para 2012, R\$ 92,1 bilhões (3,98% do total) estão destinados para investimentos na área da saúde de acordo com o Relatório aprovado em dezembro de 2011, pelo plenário do Congresso Nacional. O valor ainda não é o bastante, tamanha a proporção dos problemas que o país enfrenta todos os dias. Entretanto, em comparação a 2011 que ficou no valor de R\$ 71,5 bilhões, foi um acréscimo positivo. Ainda assim, esses números mostram que a saúde continua longe de ser prioridade de governo (CREMAL, 2012).

Os custos com as doenças tabaco-relacionadas são uma realidade para o setor privado e pesam ainda mais ao Sistema Único de Saúde. Em 2005, a economista Márcia Teixeira Pinto, realizou um levantamento com o grupo das três doenças (câncer, aparelhos circulatório

e respiratório), e chegou à conclusão que os custos atribuíveis ao tabagismo para o SUS foram de R\$ 338,7 milhões representando 27,6% dos custos totais dos procedimentos analisados para os três grupos. Nesse mesmo ano, Teixeira Pinto chamava a atenção para o valor, ocasião na qual observava que era apenas a “ponta do iceberg”. Segundo a economista, esses custos estavam subestimados e uma análise mais detalhada, com aplicação de métodos mais precisos, seriam necessários e fundamentais para que o custo exato e o tamanho do problema fosse apresentado para o país e para a sociedade (PINTO, 2010).

No entanto, nos últimos anos, observa-se um crescimento da aplicação do instrumental da análise econômica em saúde para estimar os custos do tabagismo, com a apropriação dos métodos da Estatística e da Epidemiologia, mas ainda são poucas iniciativas.

Quando se trata de análise econômica em saúde, a escolha da perspectiva do estudo é importante porque determina que tipos de custos e efeitos serão analisados e a forma de valorizá-lo para mais ou para menos depende dessa escolha. Essa análise econômica tanto pode ser feita do ponto de vista da sociedade, como o do prestador dos serviços de saúde ou até mesmo do órgão financiador do sistema de saúde, no entanto, de cada uma dessas perspectivas deriva um efeito econômico diferenciado na apuração dos custos, pois cada uma tem um ponto de vista particular e independente dos demais.

No caso das doenças tabaco-relacionadas, a maioria dos trabalhos faz a análise econômica na perspectiva da sociedade, por ser mais abrangente ao se tratar dos custos, sejam diretos ou indiretos.

Um dos métodos utilizados com maior frequência para a realização de estimativas nacionais é o do custo da doença, que inclui os custos diretos e indiretos e podem ser analisados usando-se estudos de prevalência ou incidência (KOBELT, 2008, citado por PINTO, 2010).

Para o Estado, o custo efetivo das doenças relacionadas ao tabaco abrange o impacto nos gastos econômicos das patologias, programas de prevenção elaborados pelos órgãos responsáveis, bem como seus fatores de risco.

Percebendo que os gastos com o tabagismo iam muito além daqueles avaliados no ano de 2005, a economista Teixeira Pinto continuou com sua pesquisa na busca de dados e modelos matemáticos que mostrassem de forma mais precisa os custos que o tabagismo proporcionava ao país. Os resultados da pesquisa foram publicados em maio de 2012 através

do Relatório Final “Carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil”, e suas perspectivas foram confirmadas.

O estudo realizado apresentou dados do ano de 2008, e teve como referência de custo o ano de 2011, com adultos acima de 35 anos de ambos os sexos, os custos totais com doenças atribuíveis ao tabagismo para o Brasil, na esfera privada e pública, chegou ao valor surpreendente de quase R\$ 21 bilhões (PINTO, 2012).

Muito mais do que um problema de saúde pública, o tabagismo se tornou um grande problema econômico mundial. No caso do Brasil, este valor de R\$ 21 bilhões representa 30% do valor destinado ao orçamento anual da Saúde, ou seja, é um valor de grande importância e que poderia ser investido em outras áreas que não fossem influenciadas por este tipo de indústria.

Estes gastos de R\$ 21 bilhões acometidos pelo tabagismo em 2011 para o Brasil, foram bem maiores do que os impostos arrecadados em 2010 de aproximadamente R\$ 11 bilhões, ou seja, os gastos são 90% maiores que a arrecadação de impostos que não pagam os custos, além de causar grande impacto negativo na economia do país.

Neste estudo, foram selecionadas doenças que incluem eventos agudos e doenças crônicas dos seguintes grupos: câncer, cardíacas, cerebrovasculares e respiratórias. As doenças consideradas na análise foram: infarto agudo do miocárdio (IAM), doenças isquêmicas do coração (não IAM) e não isquêmicas, acidente vascular cerebral (AVC), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), pneumonia, influenza e as neoplasias de pulmão, laringe, bexiga, boca e faringe, rins, estômago, esôfago, pâncreas, leucemia mielóide e colo de útero. O modelo matemático aplicado ao Brasil, com dados nacionais foi validado e calibrado a fim de garantir que os resultados produzidos fossem robustos (PINTO, 2012).

3.3. Resultados dos Casos incidentes das doenças tabaco-relacionadas

De acordo com a tabela 2 abaixo, os resultados do estudo de Teixeira Pinto indicaram 2,44 milhões de casos incidentes sobre as doenças selecionadas. Desse montante, os casos que foram atribuíveis ao tabagismo somaram 34% do total (821,33 milhões).

Com o número mais expressivo de doenças tabaco-relacionadas para ambos os sexos, temos o DPOC com 317.564 casos, seguido de IAM com 157.126, pneumonia com 105.080, doenças isquêmicas não IAM com 102.151 e AVC com 75.663.

Tabela 2. Casos totais e atribuíveis ao tabagismo: doenças selecionadas ambos os sexos Brasil 2008

Doenças	Casos totais (A)	Casos atribuíveis ao tabagismo (B)	% (B/A)
DPOC	434.118	317.564	73%
IAM	567.214	157.126	28%
Pneumonia	490.904	105.080	21%
Doenças isquêmicas (não IAM)	417.747	102.151	24%
AVC	392.978	75.663	19%
Câncer de pulmão	29.125	23.753	82%
Câncer de boca e faringe	10.666	7.492	70%
Câncer de laringe	8.776	7.285	83%
Câncer de esôfago	10.340	7.068	68%
Câncer de estômago	26.087	5.838	22%
Câncer de bexiga	11.947	5.043	42%
Câncer de colo de útero	20.667	2.674	13%
Câncer de pâncreas	9.011	1.953	22%
Câncer de rins	5.546	1.494	27%
Leucemia mieloide	6.912	1.154	17%
Total	2.442.038	821.336	34%

Fonte: PINTO, 2012

Elaboração: Autora

Já no percentual de casos atribuíveis ao tabagismo em relação ao total de casos, observa-se que a incidência de câncer de laringe e o câncer de pulmão como as maiores proporções dos casos, 83% e 82%, respectivamente. O tabagismo como fator de risco, também registrou índices proporcionalmente altos nos casos de DPOC (73%), câncer de boca e faringe (73%) e câncer de esôfago (70%).

Em relação à análise feita para o sexo masculino, as doenças que contribuíram para o maior número de casos incidentes dentre as doenças selecionadas na pesquisa foram: IAM (370.877 casos), DPOC (292.888), e doenças isquêmicas não IAM (263.584).

Porém, os casos de doenças mais atribuíveis ao tabagismo dentre os casos totais, foram o câncer de pulmão com 89%, câncer de laringe com 84%, seguido de câncer de boca e faringe, com 77% dos casos.

Tabela 3. Casos totais e atribuíveis ao tabagismo: doenças selecionadas sexo masculino Brasil 2008

Doenças	Casos totais (A)	Casos atribuíveis ao tabagismo (B)	% (B/A)
DPOC	292.888	220.504	75%
IAM	370.877	116.318	31%
Doenças isquêmicas (não IAM)	263.584	78.739	30%
Pneumonia	263.443	62.550	24%
AVC	196.561	41.577	21%
Câncer de pulmão	19.280	17.192	89%
Câncer de laringe	8.042	6.780	84%
Câncer de boca e faringe	8.597	6.610	77%
Câncer de esôfago	7.964	5.858	74%
Câncer de estômago	17.273	5.082	29%
Câncer de bexiga	9.007	4.444	49%
Câncer de rins	3.330	1.379	41%
Câncer de pâncreas	4.520	1.169	26%
Leucemia mieloide	3.607	897	25%
Câncer de colo de útero	-	-	-
Total	1.468.973	569.098	39%

Fonte: PINTO, 2012

Elaboração: Autora

No que diz respeito ao sexo feminino, as doenças que registraram o maior número de casos incidentes foram: pneumonia (227.461 casos), AVC (196.417 casos) e IAM (196.337 casos). Entre as mulheres, os casos de doenças mais atribuíveis ao tabagismo dentre os casos totais, foram o DPOC e o câncer de laringe, ambos com 69%, seguido do câncer de pulmão que obteve o total de 67% dos casos registrados.

Tabela 4. Casos totais e atribuíveis ao tabagismo: doenças selecionadas sexo feminino Brasil 2008

Eventos	Casos totais (A)	Casos atribuíveis ao tabagismo (B)	% (B/A)
DPOC	141.231	97.060	69%
Pneumonia	227.461	42.529	19%
IAM	196.337	40.808	21%
AVC	196.417	34.086	17%
Doenças isquêmicas (não IAM)	154.163	23.412	15%
Câncer de pulmão	9.845	6.561	67%
Câncer de colo de útero	20.664	2.674	13%
Câncer de esôfago	2.376	1.210	51%
Câncer de boca e faringe	2.069	882	43%
Câncer de pâncreas	4.491	785	17%
Câncer de estômago	8.814	756	9%
Câncer de bexiga	2.940	599	20%
Câncer de laringe	734	505	69%
Leucemia mieloide	3.305	257	8%
Câncer de rins	2.216	115	5%
Total	973.062	252.238	26%

Fonte: PINTO, 2012

Elaboração: Autora

É importante salientar que na comparação feita entre homens e mulheres, a população masculina registrou o maior número, tanto em casos totais das doenças quanto nos casos em que elas foram atribuíveis ao tabagismo, em todas as doenças selecionadas. Portanto, o tabagismo é um fator de alto risco nessa população, isto porque, dentre outros fatores, os homens são os que mais fumam no Brasil.

3.4. Resultados dos óbitos atribuíveis ao tabagismo

Segundo PINTO, considerando todos os óbitos ocorridos no Brasil em 2008, de um total de 1.001.029 óbitos, o tabagismo foi responsável por 13% de todas as mortes. Para esse cálculo, o modelo estimou os óbitos associados ao tabagismo e aqueles não associados a esse fator de risco. Entretanto, de acordo com a tabela 5, do total, ocorreram 130.152 óbitos que

foram atribuíveis ao tabagismo, ou seja, 28% ocorridos nos grupos de doenças possuem associação com o tabagismo.

Tabela 5. Óbitos totais e atribuíveis ao tabagismo: grupos de doenças Brasil 2008

Grupo de doenças	Óbitos totais (A)	% (A/Total)	Casos atribuíveis ao tabagismo (B)	% (B/A)
Cardíacas	198.290	43%	36.686	28%
AVC	83.619	18%	15.104	12%
Outros tipos de câncer	64.233	14%	23.284	18%
Pneumonia	54.221	12%	8.416	6%
DPOC	31.600	7%	24.756	19%
Câncer de pulmão	27.024	6%	21.906	17%
Total	458.986	100%	130.152	28%

Fonte: PINTO, 2012

Elaboração: Autora

Ainda segundo a pesquisa, esses dados podem ser considerados anuais, devido às pequenas alterações observadas nos dados de mortalidade, conforme tabela 6.

Tabela 6. Óbitos totais e atribuíveis ao tabagismo: doenças selecionadas ambos os sexos Brasil 2008

Doenças	Óbitos totais (A)	% (A/Total)	Casos atribuíveis ao tabagismo (B)	% (B/A)
IAM	114.363	25%	24.077	21%
AVC	83.619	18%	15.104	18%
Pneumonia	54.221	12%	8.416	16%
Doenças não isquêmicas	50.536	11%	6.858	14%
Doenças isquêmicas (não IAM)	33.391	7%	5.752	17%
DPOC	31.600	7%	24.756	78%
Câncer de pulmão	27.024	6%	21.906	81%
Câncer de estômago	17.594	4%	3.878	22%
Câncer de esôfago	9.633	2%	6.584	68%
Câncer de pâncreas	8.857	2%	1.914	22%
Câncer de colo de útero	8.084	2%	1.033	13%
Câncer de boca e faringe	4.318	1%	2.971	69%
Câncer de rins	2.625	1%	734	28%
Câncer de laringe	4.724	1%	3.901	83%
Leucemia mieloide	4.717	1%	783	17%
Câncer de bexiga	3.681	1%	1.488	40%
Total	458.986	100%	130.152	28%

Fonte: PINTO, 2012

Elaboração: Autora

As doenças que mais contribuíram para o número de óbitos atribuíveis ao tabagismo foram: câncer de laringe (83%), câncer de pulmão (81%) e DPOC (78%).

Na tabela 6 podemos verificar que as principais doenças que são responsáveis pelos óbitos ocorrem basicamente nos órgãos relacionados ao aparelho respiratório, ou seja, estão diretamente relacionadas ao ato de fumar, e consequentemente à entrada de nicotina pelas vias aéreas.

3.5. Resultados das expectativas de vida e custos atribuíveis ao tabagismo

O estudo ainda fez uma análise da expectativa de vida de fumantes, não fumantes e ex-fumantes. Esta análise mostrou, como já corroborado pela literatura, que os fumantes vivem menos que os não fumantes e ex-fumantes.

No caso dos homens, há uma perda de 5,03 anos de vida dos fumantes em relação aos não fumantes e de 2,05 em relação aos ex-fumantes.

Entre as mulheres, a perda de anos de vida das fumantes foi de 4,47 em relação às não fumantes e 1,32 em relação às ex-fumantes.

Tabela 7. Anos de vida não fumantes, ex-fumantes e fumantes: por sexo Brasil 2008

	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	Anos de vida	Diferença	Anos de vida	Diferença
Não fumantes	75,76	0,00	79,77	0,00
Ex-fumantes	73,71	-2,05	78,45	-1,32
Fumantes	70,73	-5,03	75,30	-4,47

Fonte: PINTO, 2012

Elaboração: Autora

Os custos totais atribuíveis ao tabagismo para o sistema de saúde no Brasil foram da ordem de R\$ 20,68 bilhões para ambos os sexos. Os maiores responsáveis por esse montante foram as doenças cardíacas com 35%, DPOC com 33%, seguidos de AVC e câncer de pulmão, ambos com 8%.

**Tabela 8. Custos totais e atribuíveis ao tabagismo: grupo de doenças ambos os sexos
Brasil 2011**

Grupo de doenças	Custos totais (A) (R\$)	% (A/Total)	Custos atribuíveis ao tabagismo (B) (R\$)	% (B/A)
Cardíacas	27.913.100.573	50%	7.219.651.548	35%
DPOC	8.962.329.767	16%	6.773.192.770	33%
Outros tipos de câncer	8.884.730.809	16%	3.420.892.897	17%
AVC	7.878.748.493	14%	1.557.995.266	8%
Câncer de pulmão	1.944.887.096	3%	1.596.815.061	8%
Pneumonia	545.800.827	1%	116.830.355	1%
Total	56.129.597.565	100 %	20.685.377.897	37 %

Fonte: PINTO, 2012

Elaboração: Autora

Os resultados para o sexo masculino indicam que os custos chegaram a quase 16 bilhões. As doenças cardíacas (35%), DPOC (33%) e o câncer de pulmão (8%) representaram 76% de todos os custos atribuíveis ao tabagismo.

**Tabela 9. Custos totais e atribuíveis ao tabagismo: grupo de doenças sexo masculino
Brasil 2011**

Grupo de doenças	Custos totais (A) (R\$)	Custos atribuíveis ao tabagismo (B) (R\$)	% (B/A)
Cardíacas	18.277.741.703	5.529.399.893	35%
DPOC	6.502.884.836	5.154.782.425	33%
Outros tipos de câncer	5.801.696.332	2.924.913.248	19%
Câncer de pulmão	1.332.623.595	1.189.296.787	8%
AVC	3.920.102.035	848.698.670	5%
Pneumonia	292.903.047	69.545.072	0%
Total	36.127.951.549	15.716.636.095	100%

Fonte: PINTO, 2012

Elaboração: Autora

Para o sexo feminino, os custos chegaram a quase R\$ 5 bilhões. As doenças cardíacas (34%), DPOC (33%) e o AVC (14%) representaram 81% de todos os custos atribuíveis ao tabagismo para as mulheres, o que indica a sua magnitude econômica para o sistema de saúde.

Tabela 10. Custos totais do tabagismo: sexo feminino Brasil 2011

Grupo de doenças	Custos totais (A) (R\$)	Custos atribuíveis ao tabagismo (B) (R\$)	% (B/A)
Cardíacas	9.635.358.870	1.690.251.655	34%
DPOC	2.459.444.931	1.618.410.345	33%
AVC	3.958.646.458	709.296.597	14%
Outros tipos de câncer	3.083.034.477	495.979.648	10%
Câncer de pulmão	612.263.501	407.518.274	8%
Pneumonia	252.897.780	47.285.283	1%
Total	20.001.646.016	4.968.741.802	100%

Fonte: PINTO, 2012

Elaboração: Autora

Na comparação entre os sexos, os custos para o sexo masculino foi três vezes maior do que os custos registrados para as mulheres. Esse resultado é preocupante, pois mostra que a população masculina é a que mais sofre as consequências do tabagismo e a que mais custa ao sistema de saúde no país. Este estudo traz dados extremamente importantes em relação aos custos do tabagismo para a sociedade brasileira. Os custos evidenciados mostram a magnitude desta epidemia no país. Os custos para o setor da saúde chegaram a R\$ 20,68 bilhões e a carga econômica está concentrada no sexo masculino (R\$ 15,71 bilhões). Esse montante representou cerca de 0,5% do Produto Interno Bruto (PIB). Os estudos para estimar o ônus econômico do tabagismo têm demonstrado montantes significativos de custos, como é o caso dos EUA e da Alemanha (PINTO, 2012).

Nos casos de países em desenvolvimento, como a Índia e a China, os custos do tabagismo também são elevados. Na China, por exemplo, a carga econômica (custos diretos e indiretos) em 2003 foi de US\$ 17,1 bilhões e, no ano de 2008, os custos alcançaram US\$ 29 bilhões, o que representou 0,7% do PIB (YANG, 2001, citado por PINTO, 2012). Os dados levantados mostraram os custos para a economia do país no que se refere à mortalidade, morbidade e impacto econômico. Tais resultados precisam ser levados em consideração pelos formuladores das políticas públicas no país. O tabagismo deve ser combatido, as leis devem ser mais rígidas e outros estudos devem seguir adiante, como por exemplo, estudar o impacto nos fumantes passivos, o que a pesquisa não mostrou. Ademais, o estudo causou grande impacto na sociedade, obteve grande cobertura pela mídia e foi bastante discutido pelos estudiosos do tema, além de proporcionar novos rumos no combate ao tabagismo no país.

CAPITULO IV. O SETOR FUMAGEIRO CATARINENSE

Com o passar dos anos os problemas relacionado ao consumo do tabaco se expandiram e tomaram proporções alarmantes perante a sociedade, trazendo para o cotidiano da população esta relevante e importante discussão.

De um lado está o poder da indústria fumageira, que ao longo do tempo se desenvolveu e deixou de ser um trabalho manual, passando para o processo de mecanização. A Souza Cruz, principal indústria produtora nos anos 1990, adapta-se a globalização da economia, reestruturando sua forma de administração (com muitas demissões) e modernizando tecnologicamente o sistema integrado de produção na região sul do Brasil, pelo qual busca controlar o padrão de qualidade e quantidade de tabaco produzida por cerca de 60.000 famílias de agricultores (BOEIRA, 2002).

Há tempos, alguns estudos vêm apontando o cenário de tendência de maior produção de tabaco nos países em desenvolvimento, sendo que entre 2008 e 2009 continuam responsáveis por mais de 80% da produção desde o ano 2000 (DESER, Julho de 2011).

4.1. A importância do setor fumageiro da Região Sul do Brasil

Por se tratar de um assunto muito abrangente, limitaremos a tratar sobre o fenômeno em Santa Catarina, visto que segundo a Associação dos Fumicultores do Brasil (AFUBRA, 2005), a região sul produz 90% de todo o fumo do país, e o estado de Santa Catarina aparece em segundo lugar, com cerca de 35% do total produzido na região, atrás apenas do Rio Grande do Sul. Isso significa que o estado produz, praticamente, um terço de todo o fumo do país.

Os três estados da Região Sul respondem por mais de 90% da produção brasileira de tabaco, ou seja, é na região sul do país que está concentrada toda a produção que é exportada para o mundo. O Rio Grande do Sul possui maior participação, com 49% da área plantada, seguido de Santa Catarina, com 35%, e Paraná, com 17%. Na safra 2009/2010, foram gerados em torno de R\$ 4,4 bilhões em receita para os produtores de fumo dessa região (safra 2008/2009 – R\$ 4,0 bilhões) (ANUÁRIO BRASILEIRO DO TABACO, 2010).

A região sul do país tem papel relevante em toda a cadeia produtiva do fumo, pois é fonte de emprego e sustento de muitas famílias. Estima-se que a produção de fumo seja a fonte complementar de renda de cerca de 185 mil pequenos produtores rurais em mais de 700 municípios, com importante contribuição social, envolvendo direta e indiretamente mais de 2,5 milhões de pessoas no processo.

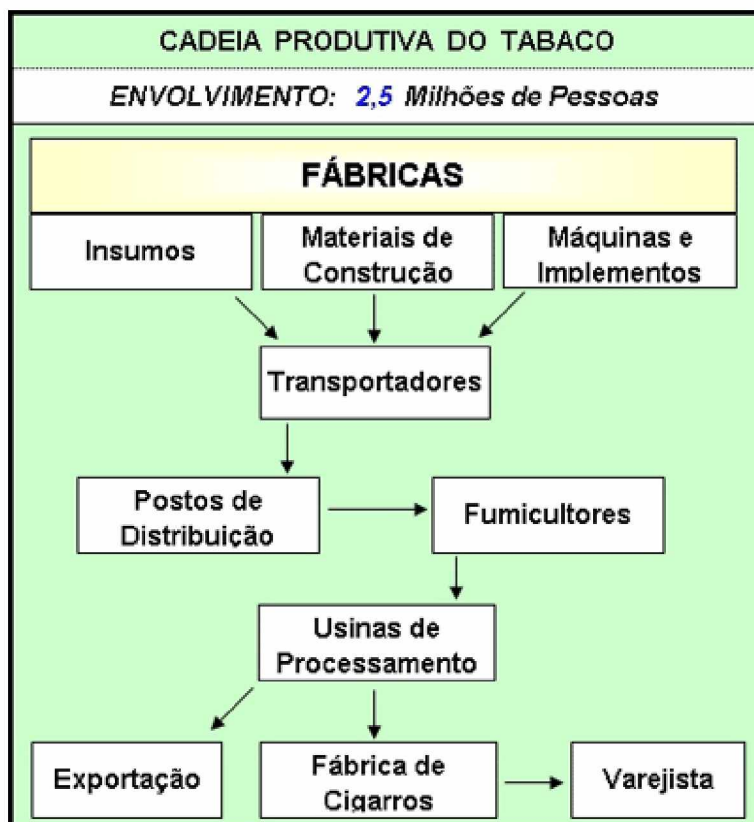


Figura 2. Cadeia Produtiva do Tabaco

Fonte: Afubra, 2012

Segundo JÚNIOR (2008), os produtores de fumo no Brasil têm algumas características em comum. Sua concentração na região sul do país em áreas de colonização alemã e italiana, reforça ainda mais as semelhanças. Só na região são, aproximadamente, 150 mil famílias, o que corresponde a 520 mil empregos diretos. Há necessidade excessiva de mão de obra na produção do fumo faz com que toda a família do agricultor participe do processo. Além disso, são necessários trabalhadores temporários, em torno de 40 mil postos.

Tabela 11. Fumicultura na Região Sul do Brasil 1980/2011

Safra	Famílias Produtoras	Hectares Plantados	Produção Tonelada	Kg/ha	Valor/kg Corrente	Valor kg/US\$	Cambio R\$/US\$
1980	94.840	171.080	286.090	1.672	32,94	0,69	48,020
1985	112.110	177.650	310.920	1.750	3.795,00	0,80	4.737,670
1990	121.600	201.940	367.980	1.822	66,11	1,52	43,57
1995	132.680	200.830	348.000	1.733	1,55	1,75	0,888
2000	134.850	257.660	539.040	2.092	2,00	1,12	1,792
2001	134.930	253.790	509.110	2.006	2,45	1,13	2,171
2002	153.130	304.510	635.110	2.086	2,85	1,15	2,470
2003	170.830	353.810	600.540	1.697	3,82	1,20	3,195
2004	190.270	411.290	851.060	2.069	4,24	1,42	2,991
2005	198.040	439.220	842.990	1.919	4,33	1,72	2,522
2006	193.310	417.420	769.660	1.844	4,15	1,88	2,208
2007	182.650	360.910	758.660	2.102	4,25	2,09	2,030
2008	180.520	348.720	713.870	2.047	5,41	3,21	1,683
2009	186.580	374.060	744.280	1.990	5,90	2,70	2,185
2010	185.160	370.830	691.870	1.866	6,35	3,52	1,803
2011	186.810	372.930	832.830	2.233	4,93	3,07	1,605

Fonte: Afubra, 2012

Elaboração: Autora

O sistema integrado aliado a avanços tecnológicos, são fatores que contribuíram para a expansão do setor. No período de 1980/2011, a área plantada por família cresceu 11%. Já a produção por família teve um incremento de 24%, reflexo da produtividade que cresceu 12%. O sistema integrado foi implementado a partir de 1918. (AFUBRA, 2012)

4.2. Cadeia produtiva do fumo em Santa Catarina

Santa Catarina é destaque na produção de fumo no Brasil; analisando o mapa abaixo, temos como principal produtor a cidade de Canoinhas com 24,1% da produção, seguida de Araranguá com um total de 16,9% e em terceiro lugar, a cidade de Rio do Sul com 14,9%. Estas três cidades somam 56% do total da produção, ou seja, tem grande importância na cadeia produtiva do fumo em Santa Catarina.

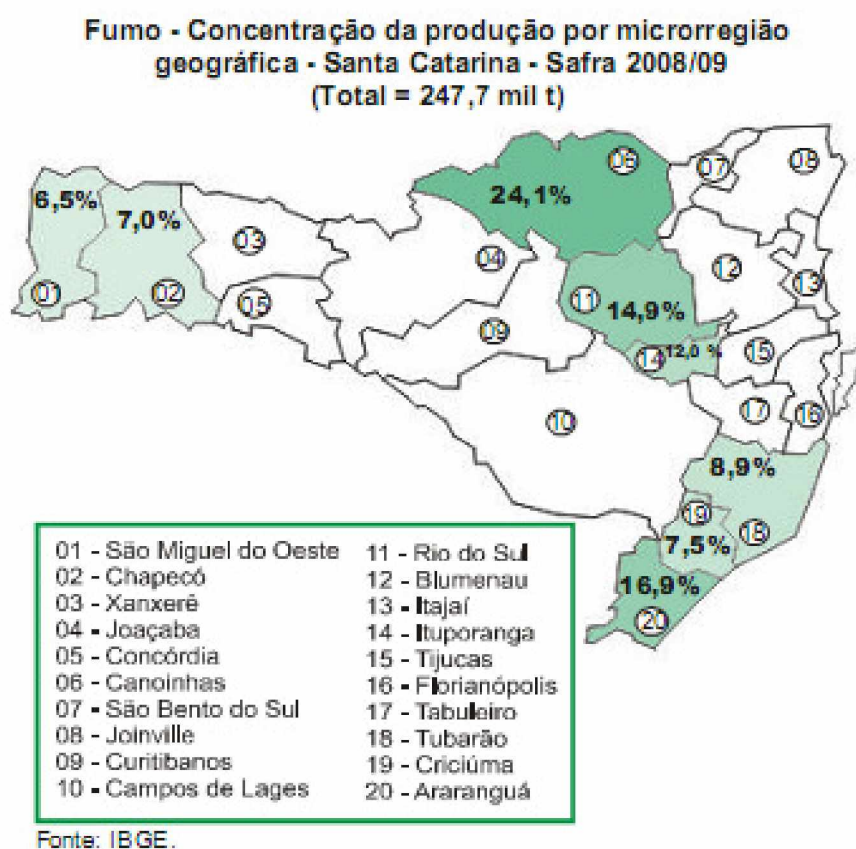


Figura 3. Concentração da Produção Catarinense por microrregião 2008/2009

Fonte: IBGE, 2012

Na Síntese Anual da Agricultura de Santa Catarina 2010/11, a economista Márcia Cunha Varaschin de posse dos dados econômicos referente à produção do fumo no Brasil e em Santa Catarina para a próxima safra, conclui:

Ao que tudo indica, a safra de 2011/2012 deve apresentar uma diminuição na área plantada, como resultado de todos os problemas enfrentados pelos fumicultores nesta safra, sobretudo na comercialização do produto, a qual se estendeu muito além do normal durante o período e foi bastante difícil em termos de preços e classificação. As estimativas iniciais da Afubra apontam para uma queda de 10% na área plantada. (VARASCHIN, 2011:46)

A tabela 12 traz uma série comparativa dos últimos anos da produção catarinense do fumo. Nos primeiros anos houve uma expansão da área plantada, seguido de um declínio nos anos seguintes, ao passo que a produção manteve altos e baixos durante o período, com tendência a queda nos próximos anos.

Tabela 12. Comparativo das safras: Santa Catarina Safras 2001/02 a 2009/10

Safra	Área plantada (ha)	Produção (t)	Rendimento (kg/ha)
2001/02	112.067	223.382	1.993
2002/03	120.899	213.339	1.765
2003/04	143.112	284.825	1.990
2004/05	145.806	280.045	1.921
2005/06	138.712	244.011	1.759
2006/07	121.969	249.013	2.042
2007/08	116.268	230.627	1.984
2008/09	125.557	247.758	1.973
2009/10 ⁽¹⁾	126.500	245.000	1.937

Fonte: IBGE, 2010

Já na tabela 13, tem-se a produção segundo as microrregiões que mostra, com base nos resultados da safra 2009/10, que as maiores e principais regiões produtoras foram: Canoinhas (29,5% da produção catarinense), seguidos de Rio do Sul (15,3%) e Ituporanga (12,2%).

No entanto, o maior problema sentido pelos agricultores foi e continua sendo a comercialização do produto, que segue com muita lentidão.

Isto ocorre pelo fato de que as empresas estão muito exigentes em relação à classificação das folhas, e para piorar o cenário, o preço do produto está muito baixo.

Tabela 13. Comparativo das safras de Santa Catarina – 2005/06-2008/09

Micro/Mesorregião	Área plantada (ha)				Produção (t)				Rendimento (kg/ha)			
	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09
São Miguel do Oeste	10.391	8.614	8.108	8.740	16.644	15.708	13.641	15.058	1.602	1.824	1.682	1.723
Chapécô	10.943	9.320	8.824	9.496	17.703	16.826	14.951	16.315	1.618	1.805	1.694	1.718
Xanxerê	2.107	1.903	1.605	1.806	3.344	3.352	2.765	3.094	1.587	1.761	1.723	1.713
Joaçaba	1.607	1.300	1.130	1.105	2.550	2.390	1.968	1.871	1.587	1.838	1.742	1.693
Concórdia	939	606	477	481	1.527	1.142	840	819	1.626	1.884	1.761	1.703
Oeste Catarinense	25.987	21.743	20.144	21.628	41.768	39.418	34.165	37.157	1.607	1.813	1.696	1.718
Canoinhas	29.525	27.760	26.415	27.638	60.470	66.311	58.867	56.041	2.048	2.389	2.229	2.028
São Bento do Sul	976	904	846	764	2.066	2.135	1.875	1.440	2.117	2.362	2.216	1.885
Joinville	49	14	21	19	89	29	47	39	1.816	2.071	2.238	2.053
Norte Catarinense	30.550	28.678	27.282	28.421	62.625	68.475	60.789	57.520	2.050	2.388	2.228	2.024
Curitibanos	1.079	895	786	763	1.166	1.489	1.263	1.324	1.081	1.664	1.607	1.735
Campos de Lages	1.277	1.131	943	971	1.771	2.073	1.905	1.868	1.387	1.833	2.020	1.924
Serrana	2.356	2.026	1.729	1.734	2.937	3.562	3.168	3.192	1.247	1.758	1.832	1.841
Rio do Sul	23.390	20.434	18.918	17.575	44.210	44.572	37.999	34.720	1.890	2.181	2.009	1.976
Blumenau	1.214	930	838	812	2.304	1.962	1.767	1.689	1.898	2.110	2.109	2.080
Itajaí	4	1	1	7	8	2	2	14	2.000	2.000	2.000	2.000
Ituporanga	16.374	14.405	13.623	13.891	30.323	32.480	27.918	27.962	1.852	2.255	2.049	2.013
Vale do Itajaí	40.982	35.770	33.380	32.285	76.845	79.016	67.686	64.385	1.875	2.209	2.028	1.994
Tijucas	3.627	3.171	3.117	3.041	6.413	6.620	6.536	6.269	1.768	2.088	2.097	2.061
Florianópolis	6	9	-	-	12	18	-	-	2.000	2.000	-	-
Tabuleiro	1.302	1.091	960	962	2.760	2.497	1.856	1.846	2.120	2.289	1.933	1.919
Grande Florianópolis	4.935	4.271	4.077	4.003	9.185	9.135	8.392	8.115	1.861	2.139	2.058	2.027
Tubarão	10.428	9.558	9.721	10.218	15.355	16.182	19.495	20.747	1.472	1.693	2.005	2.030
Criciúma	7.201	5.813	6.409	8.455	10.293	9.268	13.164	17.412	1.429	1.594	2.054	2.059
Araranguá	16.275	14.110	13.526	18.813	25.003	23.959	23.782	39.230	1.536	1.698	1.758	2.085
Sul Catarinense	33.904	29.481	29.656	37.486	50.651	49.409	56.441	77.389	1.494	1.676	1.903	2.064
Total	138.714	121.969	116.268	125.557	244.011	249.015	230.641	247.758	1.759	2.042	1.984	1.973

Fonte: IBGE, 2010

De acordo com a economista Márcia Cunha, os produtores reclamam que estão tendo perdas de R\$ 1,00 por quilo do produto. Somado a isto, as fumageiras ainda possuem estoques da safra anterior, estão comprando apenas o que contrataram e aqueles que produzirem mais do que o estipulado não tem para quem vender.

Em virtude destes acontecimentos, ocorreram vários protestos de fumicultores nos municípios onde essas empresas fumageiras estão instaladas.

A problemática da pesquisa vai ao encontro deste fato. Por um lado temos a queda na safra, os problemas sentidos na comercialização do fumo, entre outros. De outro, temos as políticas públicas desincentivando o consumo de tabaco, os programas de tratamento do fumante, as leis proibindo o uso do cigarro em vários lugares e etc.

Somando estes dois acontecimentos, o controle ao tabagismo fica mais forte no sentido de unir a necessidade do poder público em diminuir o número de fumantes, tendo como determinante positivo, os problemas encontrados para a produção e comercialização do

produto final. Aqui é a grande questão da problemática, onde irá prevalecer o interesse da sociedade como um todo na luta contra o tabagismo, ou o interesse das indústrias fumageiras e seus representantes e até mesmo do estado, em continuar com a produção e a comercialização em benefício de uma parcela da sociedade.

As tabelas 14 e 15 trazem os preços médios recebidos pelos produtores de fumo, nos três estados da Região Sul do Brasil nas cinco últimas safras.

Tabela 14. Preço médio recebido: produtores no Brasil - Safras 2000/01-2009/10

Safral	(R\$/kg)				(US\$/kg)			
	Virgínia	Burley	Comum	Média	Virgínia	Burley	Comum	Média
2000/01	2,52	2,22	1,44	2,45	1,16	1,02	0,66	1,13
2001/02	2,92	2,62	1,69	2,85	1,18	1,06	0,69	1,15
2002/03	3,94	3,43	2,21	3,82	1,23	1,07	0,69	1,20
2003/04	4,36	3,76	2,65	4,24	1,46	1,26	0,89	1,42
2004/05	4,43	3,93	2,74	4,33	1,76	1,56	1,08	1,72
2005/06	4,24	3,78	2,43	4,15	1,92	1,71	1,10	1,88
2006/07	4,33	3,93	2,51	4,25	2,13	1,93	1,24	2,09
2007/08	5,46	5,36	3,17	5,41	3,24	3,18	1,89	3,22
2008/09	6,10	5,05	3,58	5,90	2,79	2,31	1,64	2,70
2009/10	6,49	5,72	4,00	6,35	3,60	3,17	2,22	3,52

Fonte: AFUBRA, 2011

De acordo com a Associação dos Fumicultores do Brasil (Afubra), a região Sul do Brasil produz tabaco em folhas da espécie *Nicotiana tabacum L.*, sendo os três tipos mais comuns o Virgínia, o Burley e o Galpão Comum, que representam 84%, 14% e 2% da produção, respectivamente. Cada variedade possui uma distinta forma de produção e transformação.

O Virgínia é um Tabaco de Estufa (TE), pois é submetido à cura em estufas com temperatura e umidade controladas. Neste processo, que dura aproximadamente uma semana, ele adquire cores claras, que variam entre o amarelo-dourado e o laranja. O aroma e o sabor do tabaco Virgínia são leves e vivos. O método de estufa, também conhecido como *flue cured*, dá origem a cigarros com maior teor de açúcar e níveis de médio a alto em nicotina.

Já as variedades Burley e Galpão Comum são Tabacos de Galpão (TG), pois são curados em galpões ventilados naturalmente. Ambos adquirem uma tonalidade escura, que vai do castanho claro ao castanho escuro. Por terem um longo processo de cura, que leva de 40 dias a 2 meses, em intenso contato com o ar, estes tipos de tabaco perdem grande parte de seus açúcares naturais e desenvolvem um sabor forte.

Segundo Favarin (2011), a produção total destes três tipos de fumo no sul do Brasil se dá na esfera de 600 a 700 mil toneladas por ano. Em virtude deste fato, lidera a exportação de folhas, representando 76% da produção nacional.

Especificamente na tabela 14, temos os preços para a região como um todo, segundo os vários tipos de fumo. Constatase que a maior queda de preço ocorreu para o tipo Virginia: -17,3% (em reais) e -12,3 (em dólar).

No que diz respeito às diferenças de preços entre os estados, o Rio Grande do Sul foi o Estado que, na safra 2008/09, teve a maior redução nos preços -18,1% (em reais), seguido por Santa Catarina – 16,4% (em reais), como está demonstrado na tabela 15.

Tabela 15. Preço médio recebido: produtores na Região Sul - Safras 2000/01-2009/10

Safra/ Estado	(R\$/kg)				(US\$/kg)			
	RS	SC	PR	Região Sul	RS	SC	PR	Região Sul
2000/01	2,51	2,43	2,25	2,45	1,16	1,12	1,04	1,13
2001/02	2,86	2,89	2,71	2,85	1,16	1,17	1,10	1,15
2002/03	3,88	3,82	3,67	3,82	1,21	1,19	1,15	1,20
2003/04	4,34	4,19	4,03	4,24	1,45	1,40	1,35	1,42
2004/05	4,23	4,51	4,25	4,33	1,68	1,79	1,69	1,72
2005/06	4,17	4,25	3,91	4,15	1,89	1,92	1,77	1,88
2006/07	4,34	4,21	4,05	4,25	2,14	2,07	1,99	2,09
2007/08	5,40	5,57	5,17	5,41	3,21	3,31	3,07	3,22
2008/09	5,94	6,04	5,50	5,90	2,72	2,76	2,52	2,70
2009/10	6,46	6,38	6,04	6,35	3,58	3,54	3,35	3,52

Fonte: AFUBRA, 2011

Na tabela 16 estão as exportações. Os reflexos da valorização do real frente ao dólar podem ser vistos no volume do fumo exportado para o Brasil: em 2010, o volume caiu 25,11% em relação ao ano anterior. As exportações catarinenses, por sua vez, tiveram queda menos acentuada: 14,1%.

Tabela 16. Exportações Brasileiras e Catarinenses – 2001/10

Ano	Brasil		Santa Catarina	
	Quantidade (t)	Valor (US\$ 1.000)	Quantidade (t)	Valor (US\$ 1.000)
2001	443.846	944.316	48.101	90.579
2002	474.472	1.008.169	45.968	88.211
2003	477.550	1.090.259	43.264	88.232
2004	592.844	1.425.763	57.811	133.424
2005	629.629	1.706.520	76.319	213.366
2006	581.380	1.751.726	134.566	465.898
2007	710.154	2.262.374	160.284	534.483
2008	691.608	2.752.032	181.536	758.662
2009	674.731	3.046.032	181.943	813.660
2010 ⁽¹⁾	345.666	1.803.502	119.611	649.638

⁽¹⁾Até Agosto/2010.

Fonte: MDIC/Secex/Sistema Aliceweb, 2010

A partir de 2006, vem ocorrendo um maior processamento de fumo para exportação dentro do próprio estado de Santa Catarina, com a instalação de novas empresas que estão migrando de outros estados, sobretudo do Rio Grande do Sul.

Assim, a participação de Santa Catarina nas exportações brasileiras vem crescendo. Em 2008, 26,2% do total das exportações brasileiras tiveram como origem o Estado catarinense. Em 2009 esse percentual foi de 27% e, em 2010, chegou a 31%. No primeiro semestre de 2011, estava em 34,8%. (VARASCHIN, 2011)

Na tabela 17 estão os principais países que compram fumo de Santa Catarina. Em 2010, os Países Baixos e a Rússia foram nossos principais compradores; somados aos outros, esses países totalizam 62,7% das exportações catarinenses de fumo (em quantidade).

Uma novidade foi o crescimento das exportações para a Coreia do Sul, país asiático que surge como um novo mercado para o fumo catarinense (VARASCHIN, 2011).

No campo econômico, é importante que os produtores centralizem seus esforços no sentido de aumentar a qualidade de suas produções, pois essa é uma variável determinante escolhida pela indústria fumageira, visto que os produtos de qualidade inferior, como na safra de 2010, não conseguem mais obter um preço que garanta uma rentabilidade que sustente tal atividade.

Tabela 17. Exportações por países de destino – Santa Catarina - 2007/10

País de destino	2007		2008		2009		2010 ^(*)	
	Quantidade (t)	Valor (US\$ mil)	Quantidade (t)	Valor (US\$ mil)	Quantidade (t)	Valor (US\$ mil)	Quantidade (t)	Valor (US\$ mil)
Bélgica	12.721	49.516	20.259	79.543	29.569	140.968	6.461	43.091
Países Baixos	7.263	35.410	10.556	59.075	14.485	72.941	18.558	87.256
Estados Unidos	15.092	43.867	19.496	88.571	16.419	70.818	8.382	44.027
Rússia	17.773	53.265	18.283	69.481	16.635	59.102	12.309	46.551
Alemanha	16.052	62.027	13.205	64.356	11.148	54.755	7.369	52.250
África do Sul	2.016	7.391	3.626	20.845	8.082	41.014	4.170	24.678
Polônia	10.310	32.329	10.870	47.205	8.751	37.553	8.787	52.990
Turquia	3.312	13.909	4.427	20.122	5.190	26.122	5.105	33.582
Reino Unido	3.802	10.400	4.058	16.350	4.649	22.882	2.515	15.230
Austrália	3.213	10.613	2.404	11.008	3.662	17.982	2.422	16.240
Subtotal	91.554	318.728	107.183	476.555	118.590	544.137	76.078	415.894
Outros países	160.284	534.483	181.536	758.662	181.943	813.660	43.533	233.745
Santa Catarina	251.838	853.211	288.720	1.235.218	300.533	1.357.797	119.611	649.638

^(*)Até Agosto/2010.

Fonte: MDIC/Secex/Sistema Aliceweb, 2010

4.3. Souza Cruz: indústria estratégica subsidiária da British American Tobacco

Líder absoluta no mercado nacional de cigarros, a Souza Cruz é subsidiária da British American Tobacco, o mais internacional dos grupos de tabaco, com marcas comercializadas em 180 países; atua em todo o ciclo do produto, desde a produção e o processamento de fumo, até a fabricação e a distribuição de cigarros. Tem sua fundação datada de abril de 1903, pelo imigrante português Albino Souza Cruz, no Rio de Janeiro.

Sua visão de negócio é “liderar o mercado brasileiro de produtos de tabaco de forma responsável e inovadora, assegurando a sustentabilidade do negócio através do desenvolvimento de nossos talentos e de nossas marcas” (SOUZA CRUZ, 2012). Atua em toda a cadeia produtiva de forma verticalizada: da semente do fumo à distribuição dos cigarros nos pontos de vendas.



Figura 4. Presença Nacional da atuação da Souza Cruz 2010

Fonte: Relatório anual Souza Cruz, 2010

Segundo informações da própria empresa, que ora gera dúvidas, “ao mesmo tempo, tem o compromisso de não incentivar os não-fumantes a consumir os seus produtos e, em especial, conscientizar o comércio varejista sobre a importância de impedir que menores de 18 anos tenham acesso a produtos derivados do tabaco” (SOUZA CRUZ, 2012).

Como não incentivar os não fumantes a não consumir o tabaco com tanta propaganda escancarada na sociedade? Como impedir os jovens menores de 18 anos a não consumirem cigarros, se o foco da propaganda são justamente eles?

Segundo dados do Relatório Anual do ano de 2010, a Souza Cruz fechou o ano com 62,3% de participação do mercado total de cigarros, mantendo sua posição de liderança. O desempenho das principais marcas foram:

- Dunhill – Apresentou desempenho positivo em 2010 e encerrou o ano com uma participação de 7,4% no mercado total. Na comparação entre os períodos, houve crescimento de 0,3 p.p., o que demonstra a forte resiliência da marca ao aumento de preços.

- Free – Teve performance excepcional em 2010 e sua participação no mercado total cresceu 0,5 p.p. em relação a 2009, tendo atingido 9,9% no fechamento do ano. As ações de marketing, associadas à nova plataforma da marca, lançada no segundo semestre de 2009, têm contribuído de forma significativa para esse desempenho.

- Hollywood – Sua participação no mercado total encerrou 2010 com 9,8%, 0,6 p.p. inferior a 2009, em consequência da maior atratividade do comércio ilegal de cigarros, sobretudo após os aumentos de preços, em virtude da elevação de impostos.

- Derby – Atingiu um volume de vendas de 32,5 bilhões de cigarros em 2010 e sua participação no mercado total foi de 28,1%, inferior à de 2009 em 0,2 p.p. Essa redução está associada diretamente às pressões exercidas pelo comércio ilegal de cigarros.

- Lucky Strike – Apresentou excelente desempenho em 2010 em função do desenvolvimento de atividades de marketing no segmento FullFlavor e, principalmente, em decorrência do lançamento da versão Click&Roll. O volume comercializado em 2010 atingiu 727 milhões de unidades, 42% superior ao verificado em 2009. Lucky Strike Click&Roll já representa 40% do mix da família.

- Vogue – Em 2010, a marca se consolidou no seu segmento como resultado da ampliação de sua distribuição. O volume e a participação de mercado se mantiveram

praticamente em linha com aqueles verificados em 2009 (RELATÓRIO ANUAL SOUZA CRUZ, 2010).

No Relatório Anual elaborado em 2010, a Souza Cruz faz um balanço social e econômico de sua atuação durante o exercício, com demonstrações financeiras, metas alcançadas, sociais e econômicas, além de apresentar seu modelo de gestão dentro da governança corporativa.

4.4. Demonstrativos Financeiros da Souza Cruz

As ações voltadas para o marketing direcionadas às marcas do segmento Premium, dentre elas Free, Dunhill e Lucky Strike, foram, segundo a Empresa, determinantes para que o volume em 2010 chegasse a 71,9 bilhões de cigarros comercializados, inferior ao valor obtido em 2009. Mesmo assim foi considerado positivo para a Empresa, visto que houve um crescimento médio do preço do cigarro, cerca de 11%, para compensar o aumento dos impostos.

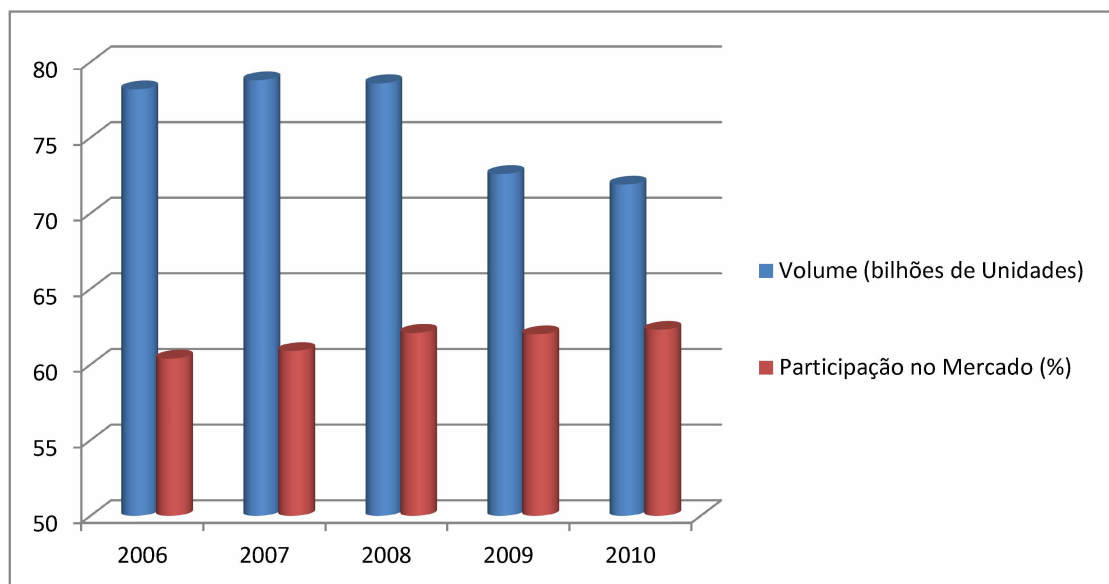


Gráfico 11. Souza Cruz: participação no mercado e volume de vendas 2006/2010

Fonte: Relatório Anual Souza Cruz, 2010

Elaboração: Autora

A receita líquida da Empresa em 2010 ficou em R\$ 5.518,8 bilhões, abaixo do valor obtido em 2009. Este fato deu-se em virtude da redução dos volumes embarcados e pela apreciação média do real frente à moeda americana.

A Souza Cruz está entre os dez maiores contribuintes de tributos no Brasil. Em 2010, gerou cerca de R\$ 7.434,8 bilhões de tributos sobre vendas – um aumento de 17,5% em relação a 2009 (R\$ 6.328,6 bilhões). Nos últimos cinco anos, somente esses tributos aumentaram em aproximadamente R\$ 3 bilhões e totalizaram cerca de R\$ 29 bilhões. (SOUZA CRUZ, 2010:30).

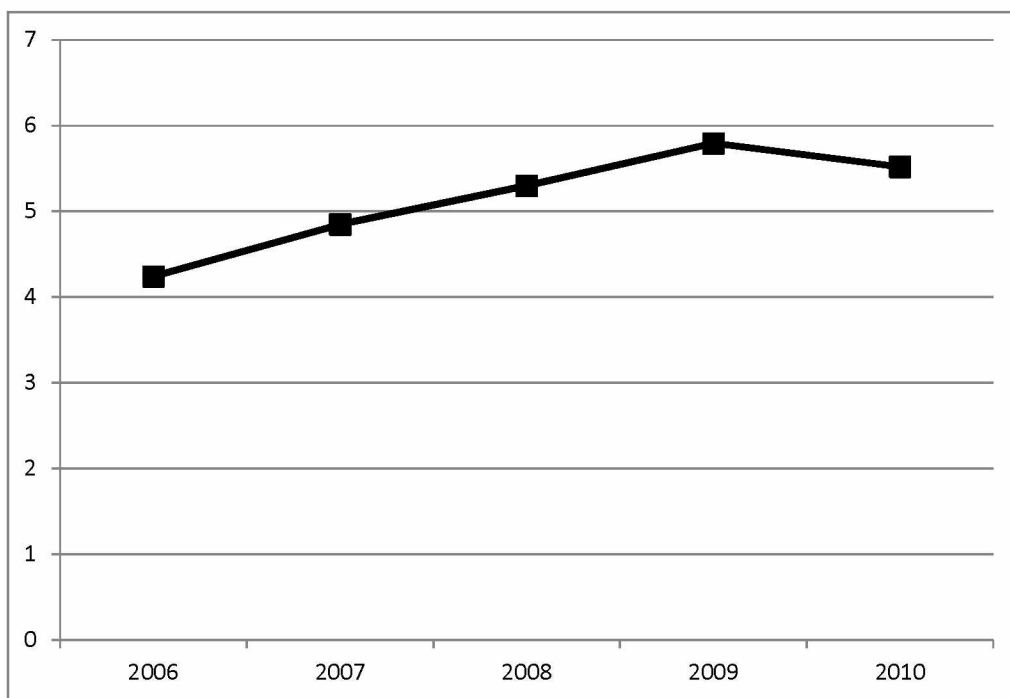


Gráfico 12. Souza Cruz: evolução da receita líquida de vendas 2010
(em R\$ bilhões)

Fonte: Relatório Anual Souza Cruz, 2010

Elaboração: Autora

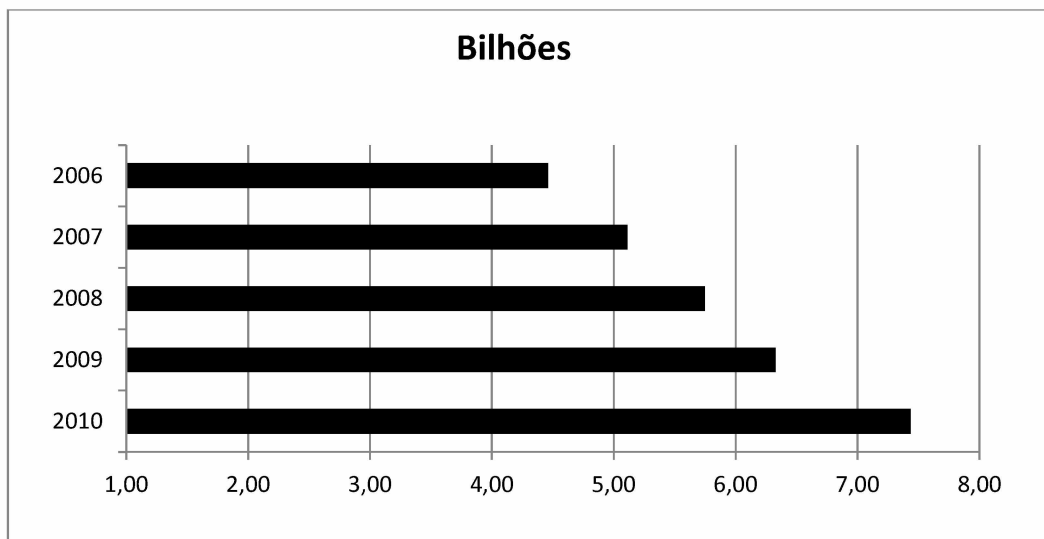


Gráfico 13. Souza Cruz: evolução dos tributos sobre vendas
(em R\$ bilhões)

Fonte: Relatório Anual Souza Cruz, 2010

Elaboração: Autora

O lucro operacional se manteve em crescimento no período analisado, ao passo que o lucro líquido consolidado atingiu o montante de R\$ 1.449,7 bilhões, 2,4% inferior ao obtido no ano anterior (R\$ 1.484,9 bilhões).

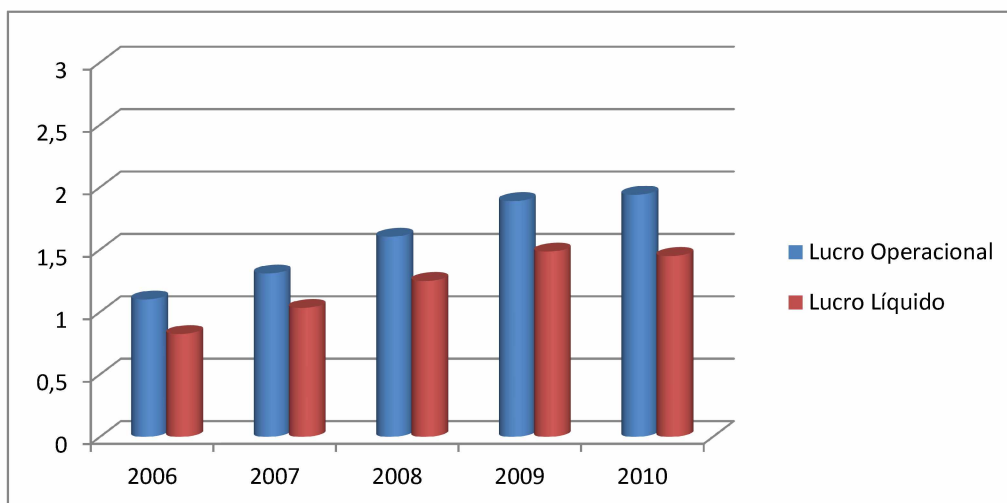


Gráfico 14. Souza Cruz: Lucro Operacional e Líquido do exercício 2006/2010

Fonte: Relatório Anual Souza Cruz, 2010

Elaboração: Autora

4.5. Souza Cruz no Mercado de Capitais desde 1946

Desde 1946, a Souza Cruz é uma empresa de capital aberto e seu capital social é composto exclusivamente de ações ordinárias. No final de 2010, o valor de mercado da Souza Cruz totalizava R\$ 27,6 bilhões, e suas ações estavam cotadas a R\$ 90,39, 56,5% acima do valor de fechamento do ano anterior. Nos últimos três anos, as ações da Companhia vêm apresentando desempenho bastante acima do Ibovespa, conforme gráficos abaixo.

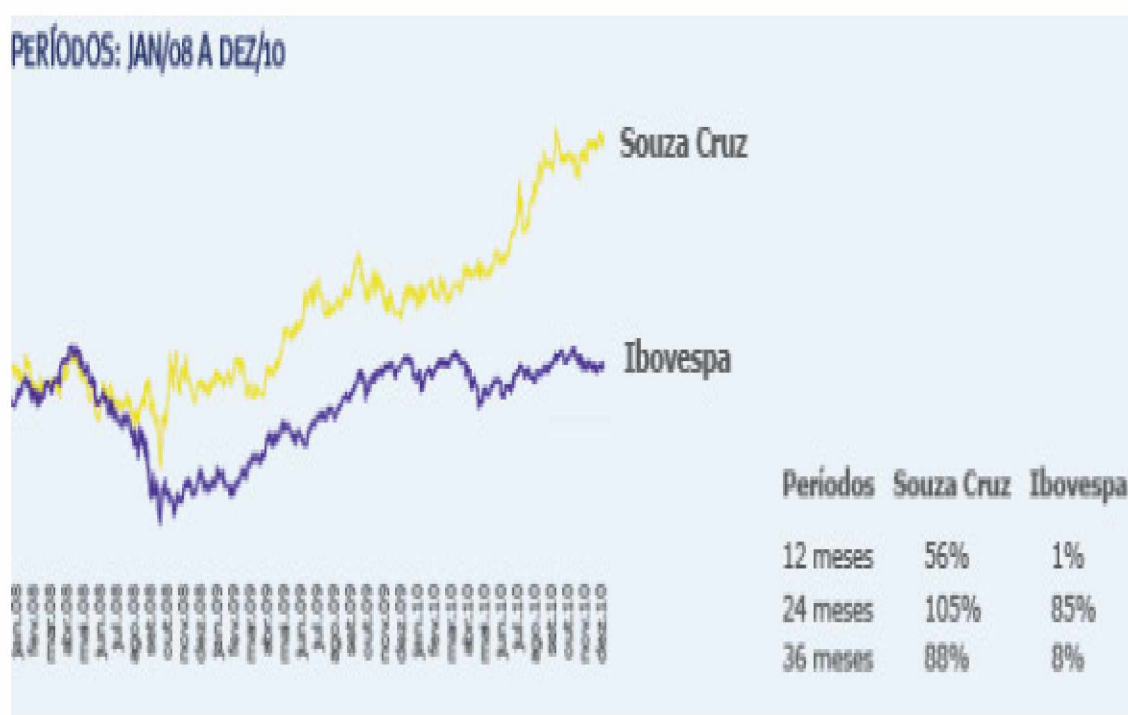


Figura 5. Souza Cruz: evolução do valor de mercado e Ibovespa 2008/2010

Fonte: Relatório Anual Souza Cruz, 2010

Empresas como a Souza Cruz estão instaladas em todo o mundo, o mercado consumidor sempre existiu e por isso de elas se destacarem. O produto por este tipo de empresa fornecido aos indivíduos causa mal à saúde, isto é um fato. A empresa consolida-se cada vez mais no mercado brasileiro e mundial, obtendo lucros constantes, comercializando algo que faz mal à saúde e ao ambiente, que por sua vez, gera uma conta gigantesca a sociedade, sociedade esta que paga a conta duas vezes, ou seja, ao comprar o cigarro e ao tratamento de sua saúde.

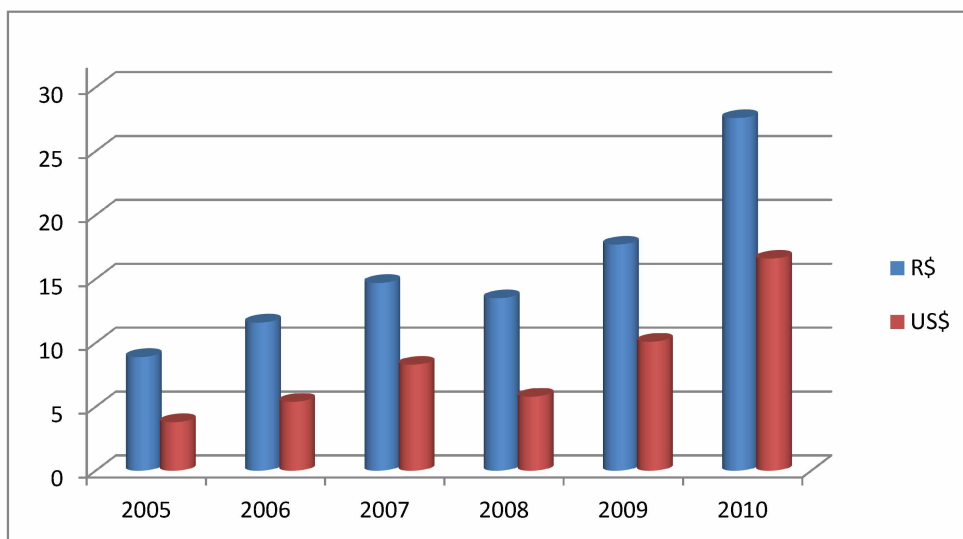


Gráfico 15. Souza Cruz: volume de negociações 2005/2010

Fonte: Relatório Anual Souza Cruz, 2010

Elaboração: Autora

Enquanto muitas perguntas permanecem sem respostas, esta questão mostra a dicotomia da epidemia chamada tabagismo, ou seja, Indústria X Saúde Pública.

Mesmo conscientes disto, os empresários continuam a produzir e a comercializar em benefício próprio e de uma minoria da sociedade. Há muito o que se discutir e descobrir o que há por trás desta Indústria, que usa das estratégias mais bem elaboradas e executadas para atrair mais consumidores, a fim de, comercializar seu produto e tornar o usuário escravo dele.

CAPITULO V. POLÍTICAS PÚBLICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Sabe-se que devido ao grande consumo do tabaco, temos elevação nas receitas do governo e que as doenças relacionadas a ele também aumentaram, gerando gastos excessivos ao erário, com tratamentos, medicamentos, internações, dentre outros.

No Brasil, dados atualizados da pesquisa anual de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, que em 2010 entrevistou 54.339 pessoas, revelam queda de mais de 50% no consumo de cigarros, nos últimos 20 anos (DESER. Julho de 2011).

5.1. O Estado: elevação nas receitas do governo com o consumo do tabaco

Conforme Silva (2003) aponta, apesar dos rendimentos que a indústria fumageira gera, direta ou indiretamente, ela propicia ao país, prejuízos que superam os possíveis rendimentos.

É que o cigarro, por conter substâncias altamente cancerígenas, vem provocando ao longo dos anos muitas doenças e mortes. Assim, as vantagens orçamentárias da produção de cigarro serão anuladas a médio e a longo prazo pelos efeitos desastrosos na saúde da população. Se somarmos os gastos com doenças, dias perdidos de trabalho, assistência médica, pensões por inatividade, número de vidas interrompidas e o sofrimento humano envolvido, as ditas “vantagens do fumo” ficam bem aquém dos prejuízos. (SILVA, 2003:114)

Aponta-se ainda, que no intuito de reduzir tais gastos, o Estado possui um papel fundamental na implantação de políticas públicas ao investir em campanhas de prevenção e informação, sempre buscando o esclarecimento da população sobre os problemas causados pelo consumo do tabaco, além de elaborar e aprovar leis que proíbem ou restringem determinados locais para o consumo do mesmo.

Portanto, o Estado como responsável pelo bem estar social do cidadão possui um papel extremamente importante no contexto do presente estudo.

Para que qualquer ação em benefício aos seus cidadãos possa ter bons resultados, é necessária a intervenção do Estado como órgão regulador e fiscalizador do setor público,

especialmente na área da saúde. Promover uma alocação eficiente dos recursos é papel do Estado.

Historicamente, a questão do Estado surge no período colonial do Brasil, quando o mesmo estava vulnerável à margem do capitalismo mundial e era dependente econômica e politicamente de Portugal. “Nessa fase histórica do Brasil, não havia um sistema de saúde formalmente estruturado, e suas ações eram realizadas através de campanhas pontuais e de caráter focal, as quais eram abandonadas assim que se conseguiam controlar os surtos presentes na época.” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, citado por KHAIRALLA, 2010).

5.2. Políticas do Sistema Único de Saúde: sucesso da política antitabaco

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), na qual está compreendido o Tabagismo, constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. As DCNT atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis.

Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes (SCHMIDT, 2011). Apesar de elevada, observou-se redução de 20% nessa taxa na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período. A redução das DCNT pode ser, em parte, atribuída à expansão da atenção primária, melhoria da assistência e redução do tabagismo nas últimas duas décadas, que passou de 34,8% (1989) para 15,1% (2010) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O sucesso da política antitabaco é um ponto de grande relevância que reflete no declínio da prevalência das DCNT. Destacam-se as ações regulatórias, como a proibição da propaganda de cigarros, as advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto, a adesão à Convenção Quadro do Controle do Tabaco em 2005, entre outras.

Em 2011, foram realizadas consultas públicas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para ampliar as advertências nos maços, o maior controle da propaganda nos pontos de venda e a proibição de aditivos de sabor nos cigarros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Desde 1989, o Ministério da Saúde articula através do seu Instituto Nacional do Câncer, as Ações Nacionais de Controle do Tabagismo. Essas ações foram estruturadas e consolidadas no decorrer dos anos, em parceria com uma rede de gerentes designada pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com outros setores pertencentes ao Ministério da Saúde.

As políticas públicas implantadas pelo SUS, no que se refere especificamente ao tabagismo, têm como objetivo geral reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada a essa epidemia no Brasil. Para que o objetivo geral fosse alcançado, objetivos estratégicos foram elaborados a fim de dar mais ênfase ao problema, assim como intensificar a busca de soluções para o mesmo. Dentre esses objetivos estratégicos, estão:

- a) Reduzir a aceitação social do ato de fumar – políticas nesse sentido são extremamente necessárias para que a sociedade saiba do seu papel e do seu dever junto ao Estado, respeitando a legislação e contribuindo para o bem estar social.
- b) Reduzir os estímulos sociais e econômicos para o consumo – o fator social e econômico também é importante no controle ao tabagismo; ao reduzir os estímulos nesses campos, consequentemente as pessoas deixarão de consumir mais cigarros porque além de prejudicar sua vida social, o tabagista também tem seu orçamento comprometido.
- c) Prevenir a iniciação do tabagismo – essa estratégia é fundamental para o combate ao tabagismo. Sabe-se que as pessoas começam a fumar muito cedo por vários fatores, então elaborar campanhas de prevenção diretamente a essa faixa etária é fundamental e necessita de comprometimento do poder estatal.
- d) Proteger a população contra a exposição ambiental à fumaça do tabaco – é dever do Estado promover a saúde e cuidar da saúde; para isso ele dispõe de poderes legais para elaborar e executar leis que proíbam fumar em lugares públicos, por exemplo.
- e) Promover e apoiar a cessação de fumar – cabe ao Estado promover Programas de Prevenção e de Tratamento ao Fumante, oferecer estes programas em toda a rede pública no intuito de diminuir cada vez mais o número de fumantes.

5.3. O SUS e o Plano de Abordagem e Tratamento do Fumante

Segundo a Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina, desde que o tratamento do fumante foi assumido pelo Sistema Único de Saúde, várias portarias foram criadas para a melhor compreensão do referido plano, dentre elas:

- Portarias GM/MS Nº. 1035/04 e SAS/MS/nº. 442/ de 13 de agosto de 2004, definem que o tratamento do tabagismo deve ser realizado através da abordagem cognitivo-comportamental obrigatória e apoio medicamentoso quando indicado, e poderá ser realizado por qualquer unidade de saúde pertencente ao SUS, de qualquer nível hierárquico, segundo critério do gestor municipal, desde que preencha os critérios de credenciamento definidos pelo Plano de Implantação.

- Portaria nº. 1.105/GM de 5 de julho de 2005, reiterada pela Portaria nº. 2.084 de outubro do mesmo ano, incorporaram os medicamentos utilizados no apoio à abordagem cognitivo-comportamental do fumante no componente estratégico do Elenco de Medicamentos para Atenção Básica, passo fundamental no processo de consolidação da atenção ao fumante no SUS” (VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA SC, 2012).

5.4. O Programa de Abordagem e Tratamento do Fumante em Florianópolis

Com o objetivo de diminuir os danos causados à saúde, bem como reduzir os gastos com saúde pública, a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Florianópolis, através do Sistema Único de Saúde (SUS), oferece o tratamento intensivo aos fumantes que desejam parar de fumar na maioria dos seus Centros de Saúde. Esse tratamento consiste numa entrevista individual onde serão avaliados o grau de motivação e o nível de dependência física (Teste de Fegerström).

A partir dessa avaliação será indicado ou não o apoio medicamentoso para auxiliar no processo e aliviar os sintomas da síndrome de abstinência. Depois da avaliação, o fumante é orientado a participar de quatro sessões estruturadas de abordagem cognitivo-comportamental em grupo, onde ele será estimulado e apoiado a marcar uma data para deixar de fumar.

Depois desse primeiro mês de tratamento, inicia-se o grupo de manutenção da abstinência e prevenção da recaída, de cuja frequência dependerá a continuidade e o sucesso do tratamento.

A política do Programa é que ele seja sempre contínuo, ou seja, que logo após encerrado um grupo, outro logo se inicie.

Após alguns anos de desenvolvimento e aplicação do Programa, dados confirmam que a demanda pelo tratamento vem aumentando significativamente, assim como o índice das pessoas que participam do grupo e conseguem finalizá-lo se tornando ex-fumantes, também vem aumentando.

A seguir, estão os dados de atendimento do Programa de Abordagem e Tratamento do Fumante no ano de 2011:

Nº de Unidades que realizaram atendimento no ano de 2011	Nº de pacientes atendidos na 1ª consulta de avaliação clínica	Nº de pacientes que participaram da 1ª sessão	Nº de pacientes que participaram da 4ª sessão	Nº de pacientes sem fumar na 4ª sessão	Nº de pacientes que usaram algum medicamento para tratamento do tabagismo, de acordo com a Portaria SAS/MS nº442/04
31	1.530	1.252	780	620	1.052

Quadro 7. Florianópolis: demanda do atendimento ao Tabagismo em 2011

Fonte: PMF/SMS – Saúde do Adulto/Tabagismo, 2012

Elaboração: Autora

Abandono (%)	Cessação (%)	Pacientes que utilizaram medicação (%)
38,04	49,22	77,99

Quadro 8. Florianópolis: Indicadores de atendimento em 2011

Fonte: PMF/SMS – Saúde do Adulto/Tabagismo, 2012

Elaboração: Autora

Analisando os resultados obtidos através do Programa de Abordagem e Tratamento do Fumante no município de Florianópolis, durante o ano específico de 2011, o número de unidades de atendimento que ofereceram o tratamento chegou a 31, num número total de 49 que o município possui, totalizando 63%.

Na comparação feita entre o número de pacientes que fizeram a primeira avaliação clínica, que é a entrevista motivacional para início do grupo, e dos pacientes que realmente começaram a 1ª sessão do grupo, vemos queda de 18% nesse parâmetro. Seguindo com a comparação dos dados, da relação dos pacientes que iniciaram a 1ª sessão e dos que participaram da 4ª sessão, isto é, que foram até o final do tratamento, temos uma faixa de abandono considerável de 38%, ou seja, muitos pacientes desistem antes mesmo do término do grupo.

Todavia, os que chegaram até a última sessão sem fumar, somaram 49%. Esse resultado é positivo e satisfatório dentro do contexto de saúde pública, que utiliza o grupo como forma de tratamento. Ainda é importante destacar que quase 80% dos pacientes necessitaram de alguma medicação como forma de auxiliar no tratamento, isto porque, a nicotina é uma das substâncias que causam mais dependência no ser humano, e a tentativa por meio de medicação muitas vezes é indispensável para o sucesso do tratamento.

A partir desta análise, vemos que o Programa oferecido pelo município de Florianópolis é extremamente positivo e válido. Ele busca tratar os pacientes em forma de grupo, o que segundo os próprios pacientes, é fonte do sucesso do Programa. No grupo as pessoas interagem, trocam experiências e ajudam umas as outras, sempre com o apoio do profissional de saúde.

A questão econômica é importante, pois ao passo que o município oferece este tratamento e as pessoas se tornam ex-fumantes, menos dinheiro se gasta com remédios, internações e outros problemas relacionados ao tabagismo.

Desde 2006, o Ministério da Saúde realiza pesquisa nos domicílios brasileiros e um dado relevante para a pesquisa é o índice de fumantes nas capitais brasileiras:

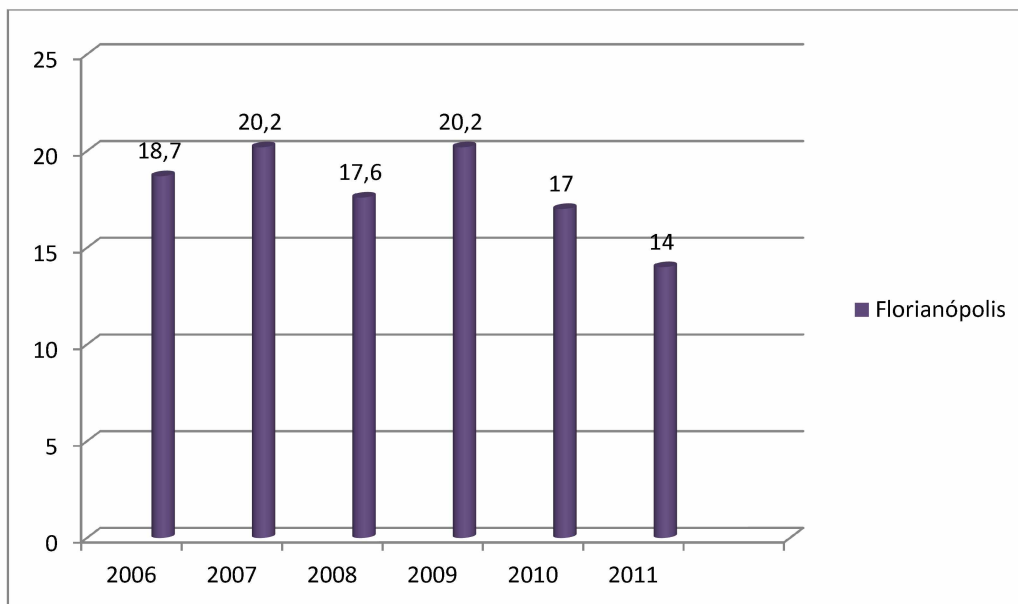


Gráfico 16. Percentual de adultos fumantes em Florianópolis 2006-2011

Fonte: VIGITEL, 2012

Elaboração: Autora

Como se percebe analisando o gráfico acima, o índice de fumantes em Florianópolis caiu em 3% em 2011, de 17 em 2010 para 14 em 2011. Esse resultado é extremamente importante, e conclui-se, pois, que de uma forma ou de outra, os objetivos estão sendo atingidos.

A partir das políticas públicas que se intensificaram nos últimos anos, principalmente a partir de 2009, os índices vêm caindo substancialmente. Com as leis de proibição, as pessoas já não se sentem a vontade para fumar, até porque são proibidas; essas leis afetam diretamente o cotidiano dos fumantes e de forma muito positiva.

O que está acontecendo é uma mudança cultural, nos hábitos e nos deveres das pessoas perante a sociedade. O Estado, juntamente com as ações promovidas por ele, tem o poder de provocar estas mudanças, prova disso é o resultado acima. E a tendência para os próximos anos é que essa diminuição continue acontecendo, pois o Estado tem interesse que as políticas continuem no sentido de restringir ainda mais os lugares para fumantes, entre outras ações; mais que o Estado, a sociedade também está envolvida e empenhada no seu papel de fiscalizador das leis e, conseqüentemente, beneficiário do bom funcionamento do Sistema.

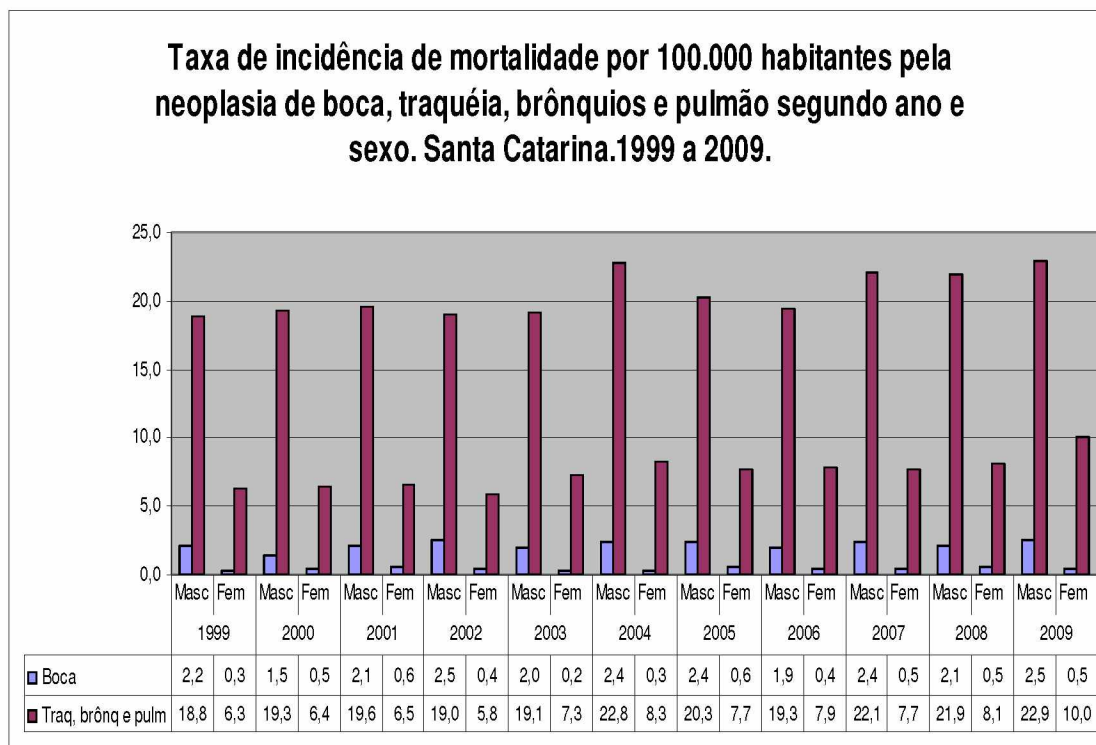


Gráfico 17. Incidência de mortalidade em Santa Catarina 1999/2009

Fonte: Vigilância Epidemiológica de SC, 2012

5.5. Estudo de Caso: Centro de Saúde da Armação do Pântano do Sul 2010

O presente estudo de caso será demonstrado com base em informações obtidas através do grupo de Tratamento do Tabagismo realizado no Centro de Saúde da Armação, órgão administrado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Florianópolis. O grupo foi iniciado em 26/10/2010 e terminou em 16/11/10; teve a participação de dez pacientes moradores da comunidade, sendo composto por seis homens e quatro mulheres, com idade entre 30 e 60 anos, que buscaram o serviço de saúde pública no intuito de se tornarem ex-fumantes.

O primeiro contato feito com o paciente é a Entrevista Motivacional que é realizada separadamente. A partir dos dados obtidos nessa entrevista, é que se traça o perfil do fumante e o plano de tratamento que será seguido posteriormente.

5.5.1. Questões da Entrevista Motivacional: histórico Tabagista de dez pacientes

O vídeo “Salto para o Futuro – Série Tabagismo – Tabagismo entre adolescentes”, aponta com uma linguagem clara do cotidiano sobre a relação dos Jovens e o Tabaco, demonstrando que, a juventude inicia sua busca pelo cigarro em virtude da necessidade de novas experiências, experiências estas tentadoras e que muitas vezes podem continuar por toda a vida.

As questões abaixo revelam que média de idade em que as pessoas começam a fumar é muito cedo (14 anos), ainda na adolescência, fase esta que os jovens estão passando por mudanças físicas e psicológicas, querendo experimentar o novo e desafiar a sociedade.

1. Com quantos anos você começou a fumar?

Idade	Paciente	Anos	Homem	Mulher
16 anos	1	44	X	
10 anos	2	38		X
12 anos	3	56	X	
13 anos	4	54	X	
17 anos	5	40	X	
14 anos	6	53		X
15 anos	7	49		X
13 anos	8	52	X	
17 anos	9	35		X
13 anos	10	68	X	
Média = 14 anos		Média = 49 anos	Total = 6	Total = 4

Fonte: GTT – Armação/Fpolis, 2010

Elaboração: Autora

A Organização Mundial da Saúde considera o tabagismo como uma doença pediátrica, e afirma que 40% das crianças sofrem de fumo passivo em casa, causando doenças pulmonares prematuramente.

Ainda segundo a OMS, 90% das pessoas começam a fumar antes dos 18 anos, tendo como motivos a curiosidade pelo novo e a influência do marketing atrativo da indústria, com maços bonitos, aditivos aromáticos, bem como marcas famosas (vogue), além de uma

distribuição super organizada, como poucos produtos. (pesquisa do INCA, citada TV escola, 2011)

É essa faixa etária que a indústria tabagista quer ter como consumidores ao oferecer produtos e propagandas direcionadas a esses alvos, instigando sua personalidade, abusando nos atrativos e incentivos ao consumo do cigarro, além de investir fortemente em campanhas para atrair as mulheres, que nos últimos anos tornaram-se o foco da indústria.

Segundo fontes do INCA, os jovens são os que menos procuram ajuda na tentativa de parar de fumar (TV escola, 2011). Tal confirmação é pelo estudo de caso realizado e neste trabalho apresentado, o qual aponta 49 anos como média de idade dos pacientes que procuraram tratamento.

A grande maioria dos fumantes torna-se dependente no início da adolescência, o que por sua vez torna mais difícil a ruptura dessa dependência química e, portanto, mais problemas em relação à saúde o paciente terá.

Dentre as diversas situações que os pacientes assinalaram, 90% deles associaram o uso de cigarro à ansiedade. Dessa forma, conclui-se que as pessoas buscam no cigarro uma forma de se acalmarem, o que realmente a nicotina oferece, porém é um relaxamento falso e rápido, ele ocorre até o efeito que a nicotina produz, assim que terminar esse efeito, o corpo vai exigir quantidades cada vez maiores de nicotina.

2. Em quais situações o cigarro está associado a seu dia-a-dia?

Situação	Resposta Positiva
Ansiedade	90%
Após as refeições	80%
Com café	70%
No trabalho	70%
Tristeza	60%
Alegria	60%
Com bebidas alcoólicas	40%
Ao falar ao telefone	10%
Nenhum	0%

Fonte: GTT – Armação/Fpolis, 2010

Elaboração: Autora

O que se torna relevante nesse ponto é tentar entender porque as pessoas estão mais ansiosas neste mundo globalizado, onde a saúde parece ter ficado em segundo plano, as pessoas têm mais sofrimento psíquico, mais problemas sociais e esses fatores contribuem para a dependência do cigarro.

No resultado obtido abaixo, faz-se necessária algumas observações: quando perguntado se o cigarro acalma o paciente, a resposta positiva foi de 90%, ou seja, na opinião deles o cigarro acalma e por isso eles fumam, então nas crises de ansiedade o cigarro se torna o remédio que alivia o stress daquele momento.

3. Quais afirmativas abaixo você considera que sejam razões para você fumar?

Situação	Sim	Não	As vezes
O cigarro te acalma	90%	0%	10%
Fumar é muito saboroso	60%	40%	0%
Fumar é um grande prazer	50%	40%	10%
Gosta de fumar para ter algo nas mãos	20%	50%	30%
Acha charmoso fumar	0%	100%	0%
Você fuma porque acha que emagrece	0%	100%	0%

Fonte: GTT – Armação/Fpolis, 2010

Elaboração: Autora

Outro dado que chama a atenção é que 100% dos pacientes não acham mais charmoso fumar, o que há algum tempo atrás não era verdadeiro. No crescente do comércio tabagista, fumar era considerado moda, charmoso e bonito; às vezes era preciso ser fumante para ser bem aceito na sociedade ou em algum meio social.

O que percebemos agora é exatamente o contrário, as pessoas têm vergonha de fumar, se sentem incomodadas em lugares onde é proibido o uso de cigarro e estão mais conscientes do mal que a nicotina causa à saúde.

Quando questionados se fumam porque acham que fumar emagrece, 100% dos pacientes responderam que não, o que de certa forma também mudou na concepção das pessoas e o fato de engordar já não é nenhum grande problema que não possa ser resolvido.

As estatísticas são reforçadas quando 100% dos pacientes afirmam que já tentaram parar de fumar pelo menos uma vez na vida. Esses dados mostram que as pessoas estão conscientes da importância de parar de fumar e de quanto isso é prejudicial à sua saúde.

4. Quantas vezes você tentou parar de fumar?

Tentativas	Resposta Positiva
Pelo menos 1 vez	100%
De 1 a 3 vezes	70%
+ de 3 vezes	30%
Tentou mais não conseguiu parar	0%
Nunca tentou	0%

Fonte: GTT – Armação/Fpolis, 2010

Elaboração: Autora

Os dados da pergunta feita abaixo aos pacientes são extremamente importantes de serem analisados: quando se trata de saúde, seja a situação atual ou a preocupação no futuro, 100% e 90%, respectivamente, responderam que são motivos para se tornarem ex-fumantes.

5. Por que você quer deixar de fumar agora?

Motivos	Resposta Positiva
Porque está afetando a minha saúde	100%
Estou preocupado com minha saúde no futuro	90%
Porque gasto muito dinheiro com cigarro	70%
Fumar é um mal exemplo para as crianças	60%
Pelo bem-estar da minha família	60%
Porque meus filhos pedem	60%
Porque não gosto de ser dependente	60%
Outras pessoas estão me pressionando	50%
Fumar é anti-social	50%
Por conta das restrições de fumar em ambientes positivas	10%

Fonte: GTT – Armação/Fpolis, 2010

Elaboração: Autora

Por isso o tabagismo ser considerado um problema de saúde pública e mundial, a dependência causa problemas à saúde, que por sua vez gera gasto para os cofres públicos que poderiam ser investidos em áreas tão importantes, como a educação, por exemplo.

Outro dado relevante é a questão do dinheiro despendido pelas pessoas para manterem esse vício, conforme o quadro 9:

Gastos com 1 maço de cigarros (R\$)	várias marcas - março 2010	1 dia	1 semana	1 mês	1 ano
		3,00	21,00	90,00	1.080,00
		3,25	22,75	97,50	1,186,25
		3,40	23,80	102,00	1,241,00
		3,60	25,20	108,00	1,314,00
		3,75	26,25	112,50	1,350,00
		4,00	28,00	120,00	1,460,00
		4,25	29,75	127,00	1551,25
		4,50	31,50	135,00	1642,25
		4,75	33,25	142,50	1,710,00
		5,00	35,00	150,00	1,800,00
		5,25	36,75	157,50	1,916,25
		5,50	38,50	165,00	1,980,00

Quadro 9. Gastos com o consumo de cigarros – várias marcas 2010

Fonte: Souza Cruz, 2012

Muitos deles estão preocupados com a questão financeira, 70% afirmaram que gastam muito dinheiro com o cigarro; numa conta simples chegamos à seguinte conclusão: uma pessoa que fuma dois maços de cigarros por dia, com o custo de R\$ 2,50 por maço, no fim de um mês ela vai gastar R\$ 150,00 e em um ano um gasto total de R\$ 1.800,00. Ao fim de dez anos, ela vai ter um gasto total de R\$ 18.000,00, quase o valor de um carro popular.

5.5.2. Teste de Fegerström: grau de dependência do usuário de cigarro

De posse do resultado do Teste de Fegerström, o profissional avalia o grau de dependência do paciente, podendo este ser baixo, médio, elevado ou muito elevado, conforme o conjunto de questões abaixo.

6. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

Tempo	Resposta Positiva
Dentro de 5 minutos	80%
Entre 6 e 30 minutos	0%
Entre 31 e 60 minutos	20%
Após 60 minutos	0%

Fonte: GTT – Armação/Fpolis, 2010

Elaboração: Autora

7. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas e etc?

Sim	Não
20%	80%

Fonte: GTT – Armação/Fpolis, 2010

Elaboração: Autora

8. Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?

O primeiro da manhã	60%
Outros	40%

Fonte: GTT – Armação/Fpolis, 2010

Elaboração: Autora

9. Quantos cigarros você fuma por dia?

Quantidade	Totoal
Menos de 10	0%
De 11 a 20 (01 maço)	50%
De 21 a 30 (1,5 maços)	20%
Mais de 31 (02 maços)	30%

Fonte: GTT – Armação/Fpolis, 2010

Elaboração: Autora

10. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

Sim	20%
Não	80%

Fonte: GTT – Armação/Fpolis, 2010

Elaboração: Autora

11. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

Sim	80%
Não	20%

Fonte: GTT – Armação/Fpolis, 2010

Elaboração: Autora

A partir daí, as sessões são iniciadas, cada uma com um tema específico aberto às discussões e o resultado final chama atenção pelos números positivos.

5.6. Resultado final do estudo de caso e do programa

Resultado Final	%
Conseguiram parar de fumar	80%
Não conseguiram parar de fumar	20%

Fonte: GTT – Armação/Fpolis, 2010

Elaboração: Autora

Como mostra o resultado final do estudo de caso e do programa em si, dos dez pacientes que começaram o Grupo de Tabagismo, vinte por cento desistiram já na primeira sessão e oitenta por cento deles conseguiram parar de fumar no decorrer das sessões. Estes pacientes que obtiveram êxito na sua participação, tiveram auxílio de medicação oferecida pelo SUS. Neste grupo específico, todos usaram adesivo de nicotina de 21mg, 14mg ou 7mg.

Levando-se em conta esses dados, pode-se concluir que o Grupo de Tratamento do Tabagismo específico aqui demonstrado, que foi realizado no Centro de Saúde da Armação, obteve resultados bastante satisfatórios. A realidade dos outros grupos realizados no centro de saúde se mantém nesse mesmo parâmetro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo é um problema social e econômico que acomete todo o mundo. Ele faz mal à saúde dos que fumam, bem como passivamente dos que não fumam. Faz mal ao meio ambiente e afeta diretamente a economia de qualquer país em relação aos custos por ele despendido.

O Brasil é destaque na produção mundial, sendo fonte de subsistência para milhares de famílias, na geração de empregos diretos e indiretos. Em contrapartida, a saúde dos produtores é colocada em risco ao usar agrotóxicos nas plantações de fumo e aos demais perigos a que eles são expostos durante o processo.

Santa Catarina é destaque na cadeia produtiva do tabaco, sendo um dos principais estados brasileiros na produção e, conseqüentemente, muitas famílias dependem diretamente das produções próprias para o seu sustento, não sendo possível realizar o encerramento de tais atividades.

Através do estudo apresentado, chegou-se à conclusão de que o custo total que as doenças atribuíveis ao tabagismo proporcionaram à saúde no Brasil em 2011 foi de quase R\$ 21 bilhões, ou seja, um dos indicadores mais importantes em relação aos gastos para tratar as doenças relacionadas ao tabagismo na esfera privada e pública.

Esse valor é exorbitante e preocupante, não só para a saúde dos brasileiros, como para a economia do país. Não obstante, a partir dos resultados encontrados na pesquisa se constatou que o país gasta mais para tratar o fumante do que arrecada com seus impostos.

Durante anos, o Estado encontra-se num dilema: arrecadar ou cuidar?

Essa problemática ligada à sociedade política está apenas no início, e há muito o que se explorar nas investigações. A sociedade civil e seus diversos conjuntos devem se comprometer na prevenção das drogas, tanto das lícitas como das ilícitas, diminuindo a passividade em relação à venda de cigarros para menores, assim como ao seu consumo. Deve-se investir na relação dos fumantes com os não-fumantes, a fim de minimizar o problema do oferecimento.

Portanto, as ações de prevenção ao tabagismo dependem do comprometimento efetivo de órgãos governamentais, entidades educacionais, família, profissionais e a sociedade como um todo. Para tanto, salienta-se a necessidade de se priorizar a prevenção de forma contínua e

estratégica em campanhas educativas, buscando a recusa das pessoas à oferta de cigarros. As leis devem ser enérgicas, o Estado tem esse poder nas mãos.

Contudo, uma nação onde existem consumidores em potencial de cigarro, poderá gerar dinheiro, mas verificou-se que o prejuízo causado pelo consumo causa danos financeiros imensos ao seu país.

Observa-se dois pontos de vista diferentes de interesses: Dinheiro e Saúde. Entre dinheiro e saúde, um país inteligente deveria optar por um país saudável minimizando os custos com a saúde. Ressalta-se que, tais custos destinados ao tratamento de doenças tabaco-relacionadas, poderiam ser destinados a outras áreas prioritárias do país, tais como: educação, segurança pública, políticas sociais, saneamento básico, entre outros.

A conclusão que se abstrai dessa constatação, é que o tabagismo deve ser combatido de todas as formas, em todas as esferas. Fumar é uma questão de escolha individual, é fato, porém nossas escolhas são influenciadas a todo o momento, condicionadas de várias maneiras. A produção e o comércio de cigarros cria novos produtos como os fumos aromatizados, bem como os relaciona à marcas famosas, objetivando instigar a curiosidade e o paladar dos consumidores.

O Poder Público no intuito de diminuir o consumo e evitar que novos consumidores iniciem este vício tem o poder e deveria coibir ainda mais tais ações atrativas, elevar os impostos, criar leis de proibição de vendas e consumo de cigarros, em diversos lugares, principalmente perto de escolas, bem como coibir as ações de marketing das empresas tabagistas.

Porém, em suma, somos alvos dos interesses capitalistas das grandes empresas multinacionais e para essa classe social, o lucro fala mais alto do que qualquer outra coisa, até mesmo à saúde pública. Faz-se necessário, portanto, investigar com maior critério as estratégias da indústria tabagista e os interesses dos grupos multinacionais envolvidos no processo.

RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

O tabagismo é um tema amplo e com muitas possibilidades de estudo, tanto no âmbito social como no aspecto econômico.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, percebeu-se que falar do assunto, esclarecer a sociedade dos seus malefícios é essencial para que a epidemia diminua e tenha menos efeitos colaterais para o mundo.

Na experiência vivida por mim dentro da Universidade Federal de Santa Catarina, pude perceber que são muitos os estudantes que fumam dentro da universidade, assim como os professores e servidores da instituição. Em virtude dos resultados alcançados, fica como uma sugestão importante, fazer um estudo do tabagismo a partir dos integrantes da comunidade universitária brasileira, professores, técnicos administrativos, estudantes e outros trabalhadores terceirizados.

A partir de estudo feito, ampliar a pesquisa às outras instituições do Estado juntamente com os órgãos públicos responsáveis e elaborar projetos com conteúdos relacionados aos malefícios do tabagismo no âmbito social, os quais poderiam ser trabalhados sistematicamente e continuamente, a fim de conscientizar e fazer com que as comunidades tenham maior consciência da suma importância da prevenção contra o tabagismo na formação dos trabalhadores e principalmente dos jovens.

Por fim, como o presente trabalho não abrangeu o problema do contrabando de cigarros, nem das doenças relacionadas ao fumante passivo, recomenda-se um estudo aprofundado sobre estes temas.

REFERÊNCIAS

- ACTbr. **Aliança De Controle Do Tabagismo**. Disponível em: [HTTP://WWW.ACTBR.ORG.BR](http://www.actbr.org.br). Acesso em: ago/set. 2011.
- AFUBRA. **Associação Brasileira dos Fumicultores do Brasil**, 2011. Disponível em: [HTTP://WWW.AFUBRA.COM.BR](http://www.afubra.com.br) Acesso em mar/abr 2012.
- AFUBRA. **Associação Brasileira dos Fumicultores do Brasil**, 2012. Disponível em: [HTTP://WWW.AFUBRA.COM.BR](http://www.afubra.com.br) Acesso em mar/abr 2012.
- AGROTABACO. Disponível em: [HTTP://SITES.RURALBR.COM.BR/AGROTABACO/SOBRE-O-SETOR-3/TIPOS-DE-TABACO/](http://sites.ruralbr.com.br/agrotabaco/sobre-o-setor-3/tipos-de-tabaco/). Acesso em 06/2012
- BAND/SC. Disponível em:
[HTTP://BANDSC.COM.BR/CANAIS/SAUDE/NOVA_LEI_AUMENTA_O_VALOR_MINIMO_PARA_A_COMERCIALIZACAO_DO_CIGARRO.HTML](http://bandsc.com.br/canaais/saude/nova_lei_aumenta_o_valor_minimo_para_a_comercializacao_do_cigarro.html) Acesso em 05/2012.
- BOEIRA, S.L. **Atrás da cortina de fumaça. Tabaco. Tabagismo e Meio Ambiente: Estratégias da Indústria e Dilemas da Crítica**. Santa Catarina: Ed. Univali, 2002.
- CEPA. **Centro de Socioeconomia e Planejamento Agrícola**. Disponível em:
[HTTP://WWW.CEPA.EPAGRI.SC.GOV.BR](http://www.cepa.epagri.sc.gov.br). Acesso em mar/abr 2012.
- CNM/COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA. **Roteiro para elaboração de Projeto de Monografia**. Florianópolis: Departamento de Ciências Econômicas/Coordenação de Monografia, 2007. Disponível em: [HTTP://WWW.CSE.UFSC.BR/~GECON/](http://www.cse.ufsc.br/~gecon/) Acesso em: 09/2011.
- CREMAL. **Conselho Regional de Medicina do Estado de Alagoas**. Disponível em:
[HTTP://WWW.CREMAL.ORG.BR/INDEX.PHP?OPTION=COM_CONTENT&VIEW=ARTICLE&ID=21248:ORCAMENTO-DA-SAUDE-PARA-2012&CATID=3](http://www.cremal.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21248:ORCAMENTO-DA-SAUDE-PARA-2012&catid=3) Acesso em 05/2012
- CQCT. **Convenção Quadro para o Controle do Tabaco**. INCA, 2008.
- DESER, **De Olho no Mundo do Tabaco, Pela Valorização do trabalho, da Saúde e da Vida**. Julho de 2011.
- FAVARIN, J. L. **Tecnologia da Produção de Fumo**. USP, Departamento de Produção Vegetal, Piracicaba, São Paulo, 10/2011.
- FERREIRA, A.B.H. **Miniaurélio: O mini dicionário da Língua Portuguesa**, 7. Ed – Curitiba: Ed. Positivo; 2008.
- IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2010. Disponível em:
[WWW.IBGE.GOV.BR](http://www.ibge.gov.br) Acesso em maio/2012.
- IGLESIAS, R. ; Jha, P. ; Pinto, M. ; Godinho, J. ; SILVA, V. L. C. E. . **Documento de discussão Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo**. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 17, p. 301-304, 2008
- INCA. **Instituto Nacional do Câncer. Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo na Rede SUS**. Nov. 2009.
- JÚNIOR, L.C.C.; BINOTTO, P.A.; PEREIRA, J.G.S. A Cadeia Produtiva do Fumo. In. CARIO, F. A. Sílvia et al. **Economia de Santa Catarina: inserção industrial e dinâmica competitiva**, Florianópolis, Ed. Nova Letra, 2008.
- KHAIRALLA, K. Thaís. **A saúde como um bem público: a dicotomia da indústria do tabaco**, Florianópolis, UFSC, 2010.

MATTOS, M.G. et al. **Teoria e prática da metodologia da pesquisa em educação física: construindo sua monografia, artigo científico e projeto de ação**. São Paulo: Phorte, 2003.

MDIC. **Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio exterior, 2010**. Disponível em: [HTTP://WWW.MDIC.GOV.BR/SITIO/INTERNA/INTERNA.PHP?AREA=5&MENU=607](http://www.mdic.gov.br/sitio/INTERNA/INTERNA.PHP?AREA=5&MENU=607). Acesso em mar 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: [HTTP://PORTALSAUDE.SAUDE.GOV.BR/PORTALSAUDE/AREA/7/PRINCIPAL.HTML](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/7/principal.html). ACESSO EM MAR/ABR 2012. Acesso em out/nov 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional do Câncer. Informativo: Fumar: faz mal pra você, faz mal pro planeta. PMF/SC, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil**. 2011-2022.

OMS. **Organização Mundial Da Saúde**. Disponível em: [HTTP://WWW.WHO.INT](http://www.who.int). Acesso em: ago/set. 2011.

PINTO, M.T. **Carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil. Relatório Final. Aliança de Controle para o Tabagismo (ACTbr)**, 2012.

PINTO, M.T; UGÁ, M.A.D. **Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(6); 1234-1245, jun. 2010.

PMF. **Prefeitura Municipal de Florianópolis/Secretaria Municipal de Saúde, 2012**.

Disponível em: [HTTP://WWW.PMF.SC.GOV.BR/ENTIDADES/SAUDE/INDEX.PHP?CMS=CONTROLE+TABAGISMO+++TRATAMENTO](http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=CONTROLE+TABAGISMO+++TRATAMENTO)

SALOMON, D. V. **Como fazer uma monografia**. 11.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Health in Brazil 4. **Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges**. *The Lancet*, 2011, n. 377.

SILVA, M. M. **A Fumicultura em Santa Catarina: discutindo a rentabilidade à luz das implicações sociais e econômicas**. In. PAULILO, S. M.; SCHMIDT, W. *Agricultura e espaço rural em Santa Catarina*. Ed. UFSC, 2003, p. 99-123.

SOUZA CRUZ. Disponível em: [HTTP://WWW.SOUZACRUZ.COM.BR/GROUP/SITES/SOU_7UVF24.NSF/VWPAGESWEBLIVE/DO7UVFCY?OPENDOCUMENT&SKN=1](http://www.souzacruz.com.br/group/sites/SOU_7UVF24.NSF/VWPAGESWEBLIVE/DO7UVFCY?OPENDOCUMENT&SKN=1). Acesso em mar/abr 2012.

SOUZA CRUZ. **Relatório Anual** de 2010

TABACO OU SAÚDE 2000: **11ª. Conferência Mundial. 'Fact sheet: The Economics of Tobacco control**.

TV ESCOLA. **Salto para o Futuro. Série Tabagismo**, 2011.

VARASCHIN, M.C. **Síntese Anual da Agricultura de Santa Catarina. Fumo**. Epagri/Cepa 2010-2011.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SANTA CATARINA. Disponível em [HTTP://WWW.DIVE.SC.GOV.BR](http://www.dive.sc.gov.br). Acesso em mar/abr 2012.

VIGITEL BRASIL. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011.

WARNER, K.E. 'The economics of Tobacco: myths and realities' **Tobacco Control** 2000; 9:78-89.